

Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit

Carla Baeriswyl, Pascal Gerber

Psychiatriezentrum Münsingen

Von der Fürsorgearbeit zum Sozialdienst

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit. Mai 2015

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.

Carla Baeriswyl, Pascal Gerber: Psychiatriezentrum Münsingen. Von der Fürsorgearbeit zum Sozialdienst

© 2015 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-550-4

Edition Soziothek
c/o Verein Alumni BFH Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Baeriswyl Carla

Gerber Pascal

Psychiatriezentrum Münsingen – Von der Fürsorgearbeit
zum Sozialdienst



Abbildung 1.

Empirische Forschungsarbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule

Abstract

Wie etablierte sich der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen zwischen 1970 und 1990? Welches waren Einflüsse, die zur Anstellung von Sozialarbeitenden geführt haben? Soziale Arbeit ist heute im Psychiatriezentrum Münsingen als Profession gefestigt. Dies kommt nicht von ungefähr. Dazu braucht es Geschichte, Einflüsse und Ansichten über Menschen- und Krankheitsbilder.

Die Arbeit soll ein besseres Verständnis für die Disziplin der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie schaffen, da sie ihre Wurzeln und ihre Entstehungsgeschichte nachzeichnet. Zudem soll eine Reflexionsmöglichkeit für Professionelle in der Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrischen Klinik geschaffen werden.

Als Forschungsdesign dient die qualitative Inhaltsanalyse der Themen therapeutische Veränderungen, gesellschaftliche so wie politische Einflüsse, Öffentlichkeitsarbeit und Organisationsstruktur der Psychiatrischen Klinik Münsingen in den Jahresberichten von 1920 bis 1990.

Im zweiten Teil wird die Datenerhebung durch Interviews mit Fachpersonen der Disziplinen der Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie und Pflege, welche zwischen 1970 und 1990 im Psychiatriezentrum Münsingen gearbeitet haben, ergänzt. Ziel dieser ist die Analysierung der damaligen interdisziplinären Arbeit. Da sowohl die Jahresberichte wie die Experteninterviews lediglich eine intrinsische Sichtweise der Psychiatrischen Klinik Münsingen zulassen, wird auch die kritische Anschauung zur Psychiatrie von Michel Foucault und andere Literatur zur Ergänzung beigezogen.

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt auf, dass sich der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen aufgrund einer Reihe von Kausalzusammenhängen institutionalisierte. Der Einfluss der Sozialpsychiatrie wie auch die strukturellen Aspekte der Institution und die drastische Zunahme an Patientenaustritten spielten eine zentrale Rolle. Die Problemstellungen der Hospitalisierten wurden komplexer. Die Beziehungsarbeit und der Blickwinkel für die zwischenmenschliche Dimension von psychischen Problemen und ihren Folgen konnten als zentrale sozialarbeiterische Fähigkeiten im Kontext der Psychiatrie herausgearbeitet werden. Abschliessend kann die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen durch die unterschiedlichen beruflichen Sozialisationsprozesse als Konfliktpotential aber auch als Bereicherung, sowohl für die Organisation der Psychiatrie, als auch für die Hospitalisierten beurteilt werden.

Psychiatriezentrum Münsingen – Von der Fürsorgearbeit
zum Sozialdienst

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Carla Baeriswyl
Pascal Gerber

Bern, Mai 2015

Gutachter
Prof. Dr. Maass Olaf

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Forschungsfragen	4
3. Methodisches Vorgehen.....	4
4. Begriffsdefinition.....	7
5. Einführende Gedanken und Fakten zur Psychiatrieentwicklung 1920-1990.....	8
6. Frühe Behandlungsformen und aktivere Therapie 1920-1950	9
6.1. Therapeutische Veränderungen 1920-1950.....	9
6.1.1. Sterilisation.....	10
6.1.2. Leukotomie.....	11
6.1.3. Aktivere Krankenbehandlung.....	12
6.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1920-1950.....	14
6.3. Politische Einflüsse 1920-1950	15
6.4. Öffentlichkeitsarbeit 1920-1950.....	16
6.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1920-1950	17
6.6. Fürsorgearbeit 1920-1950.....	19
7. Psychopharmakologie 1950-1970	21
7.1. Therapeutische Veränderungen 1950-1970.....	22
7.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1950-1970.....	23
7.3. Politische Einflüsse 1950-1970	25
7.4. Öffentlichkeitsarbeit 1950-1970.....	25
7.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1950-1970	26
7.6. Fürsorgearbeit 1950-1970.....	27
8. Sozialpsychiatrie 1970-1990.....	28
8.1. Therapeutische Veränderungen 1970-1990.....	29
8.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1970-1990.....	32
8.2.1. Anti-Psychiatrie	32
8.2.2. Grenzziehung zwischen Strafvollzug und Psychiatrie	33
8.2.3. Diskriminierung der psychisch Kranken	34

8.3. Politische Einflüsse 1970-1990	35
8.4. Öffentlichkeitsarbeit 1970-1990.....	38
8.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1970-1990	39
8.5.1. Personalbestand	39
8.5.2. Renovationsarbeiten und Umstrukturierung.....	40
8.5.3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	44
8.6. Sozialdienst 1970-1990.....	46
9. Zwischenfazit 1920-1990.....	53
9.1. Therapeutische Veränderungen 1920-1990	53
9.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1920-1990.....	55
9.3. Politische Einflüsse 1920-1990	55
9.5. Öffentlichkeitsarbeit 1920-1990.....	56
9.6. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1920-1990	57
9.7. Fürsorgearbeit und Sozialdienst 1920-1990.....	58
9.8. Korrelationen im Kategoriensystem 1920-1990.....	60
10. Analyse der Experteninterviews.....	65
10.1. Therapeutische Veränderungen aus der Sicht der Expertinnen und Experten	66
10.2. Gesellschaftliche Einflüsse aus der Sicht der Expertinnen und Experten	67
10.3. Politische Einflüsse aus der Sicht der Expertinnen und Experten.....	70
10.4. Öffentlichkeitsarbeit aus der Sicht der Expertinnen und Experten	70
10.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit aus der Sicht der Expertinnen und Experten	71
10.6. Sozialdienst – Auftrag und Funktion aus der Sicht der Expertinnen und Experten ..	76
10.6.1. Auftrag des Sozialdienstes	77
10.6.2. Funktion des Sozialdienstes	80
11. Fazit	81

11.1. In welchem Zeitraum etablierte sich der Sozialdienst im Psychiatricentrum Münsingen?.....	83
11.2. Wie etablierte sich der Sozialdienst?.....	83
11.3. Welches waren Auftrag und Funktion des Sozialdienstes?	87
11.3.1. Auftrag des Sozialdienstes	88
11.3.2. Funktion des Sozialdienstes	90
11.4. Wie nahmen die Mitarbeitenden von damals die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf die Entwicklung des Sozialdienstes wahr?.....	91
12. Schlussfolgerung.....	94
13. Dank.....	96
14. Literaturverzeichnis	97
15. Online Quellenverzeichnis	102
16. Anhang.....	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Blattner, Andreas . Bernerzeitung.....	Umschlagseite
Abbildung 2. Anzahl der Hospitalisierten. Sammelnachweis (1921-1970) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay</i> . (1971-1991) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken</i> . Eigene Darstellung.	16, 36, 86
Abbildung 3. Anzahl der Patientinnen & Patienten Ende Jahr. Sammelnachweis (1921-1970) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay</i> . (1971-1991) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken</i> . Eigene Darstellung.	17
Abbildung 4. Anzahl Patientinnen & Patienten in der Familienpflege. Sammelnachweis. (1921-1970) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay</i> . (1971-1991) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken</i> . Eigene Darstellung.	20, 50
Abbildung 5. Anzahl externe Konsultationen. Sammelnachweis. (1971-1991) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken</i> . Eigene Darstellung.	42
Abbildung 6. Anzahl angestellte Sozialarbeitende. Sammelnachweis. (1971-1991) <i>Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken</i> . Eigene Darstellung.	49
Abbildung 7. Grafische Skizze der Ergebnisse. Eigene Darstellung.	82

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit werden die Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt beziehungsweise der späteren Psychiatrischen Klinik Münsingen von 1920-1990 untersucht. Dabei geht es darum, gesellschaftliche sowie politische Einflüsse, welche sich zur jeweiligen Zeit auf die Institution auswirkten, zu beschreiben. Weiter werden auch therapeutische Veränderungen herausgefiltert, welche die Arbeit mit den psychisch kranken Personen veränderte. Auch die Öffentlichkeitsarbeit der Institution soll dabei ersichtlich werden. Weiter soll untersucht werden, in welchem Zeitraum der Sozialdienst in der Organisation entstand, wie sich der Auftrag sowie die Funktion veränderten und wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet wurde.

Durch Experteninterviews wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit von 1970 bis 1990 beleuchtet. Das genaue methodische Vorgehen wird in Kapitel 3. beschrieben.

Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus beschreiben 2013, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts psychisch kranke Personen zunehmend anders wahrgenommen wurden. Durch Freud und seine Schüler sei bekannt geworden, wie ein Zugang durch die Methode der Psychoanalyse zu den psychisch Kranken geschaffen werden könnte. (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013)

Ab 1952 hätten zudem psychotische Symptome mit dem ersten Neuroleptikum Chlorpromazin effektiv beeinflusst werden können. Die Anwendung der neuen Psychopharmaka, insbesondere der Neuroleptika, habe sich im Lauf der fünfziger Jahre in den europäischen und nordamerikanischen Anstalten relativ schnell durchgesetzt. Diese Medikamente seien jedoch oftmals mehr als Beruhigungs- und Disziplinierungsmittel eingesetzt worden, weshalb in den sechziger Jahren fachliche Proteste laut wurden, welche in den siebziger Jahren zur Psychiatriereform geführt hätten. (Brückner, 2010)

1970 kamen in Mannheim erstmalig Psychiatriemitarbeitende aus allen Berufsgruppen zusammen, um sich über die damals menschenunwürdigen Verhältnisse in den Anstalten auszutauschen und mögliche Reformen anzustossen. Die Mitarbeitenden verfassten ein Positionspapier, das später als Psychiatrie-Enquete bekannt wurde. Hier entstand der ‚Mannheimer Kreis‘, die Keimzelle der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland, aus der sich später die ‚Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie‘ entwickelte, die bis heute ein Kristallisationspunkt für die sozialpsychiatrische Praxis geblieben ist (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013).

Andreas Knoll zeichnet 2000 ein umfassendes Bild der Entwicklungsgeschichte der Sozialen Arbeit in der deutschen Psychiatrielandschaft. Bereits in der Psychiatrie-Enquete im Jahr

1973 sei festgehalten worden, dass die Mitarbeit von Sozialarbeitenden in allen Bereichen der Versorgung von psychisch kranken Menschen gefordert worden sei.

In der Psychiatrie-Enquête wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Sozialarbeit in der psychiatrischen Versorgung zwar wichtig sei, es wird aber nirgendwo erwähnt, welche Tätigkeiten die Sozialarbeiterschaft nun innehaben soll und mit welchen Kompetenzen sie ausgestattet sein muss, wie folgendes Zitat eindrucksvoll belegt.

'Trotzdem bedürfen bestimmte Individuen und Gruppen (. . .) einer Hilfe, die Psychotherapeuten vielfach nicht oder jedenfalls nicht allein zu geben vermögen. Es bedarf hierzu der Kooperation mit Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, deren Tätigkeit sich nicht mehr in administrative Hilfsfunktionen und sozialfürsorgerischen Massnahmen erschöpft. Die Entwicklung geht dahin, die Klienten oder Klientinnengruppen nicht ausschliesslich passive Empfänger von Hilfsmassnahmen, sondern aktive Partner bei der Auseinandersetzung mit den psychologischen und sozialen Gegebenheiten ihrer Situation werden zu lassen. (. . .) Freilich bedarf dazu die Sozialarbeit und Sozialpädagogik neuer Inhalte und Zielbestimmungen und des Nachweises einer auf einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung basierenden Kompetenz.' (Knoll, 2000, S. 51)

Den Forderungen der Psychiatrie-Enquete wurde in Deutschland im Wesentlichen durch eine verbesserte Personalstruktur Rechenschaft geleistet, so Andreas Knoll weiter. Unter anderem stiegen auch die Arbeitsstellen der Sozialarbeiterschaft signifikant an. Andreas Knoll weist darauf hin, dass sich insbesondere im Zuge der Sozialpsychiatrie und der Schaffung gemeindenaher Einrichtungen die Sozialarbeit in die Psychiatrie integrieren konnte. Zur Thematik der Etablierung von Sozialarbeitenden in der Psychiatrielandschaft der Schweiz findet sich, neben einzelnen anderen Bachelorthesen, keine Literatur. Nina Wyssen-Kaufmann stellte 2005 fest, dass bislang kein Gesamtwerk der Geschichte der Sozialen Arbeit verfasst wurde. Dies hat sich bis ins Jahr 2015 nicht verändert. Sich dieser Aufgabe eines Gesamtwerkes der Geschichte der Sozialen Arbeit in Form einer Bachelorthesis anzunehmen, würde alle Rahmen einer solchen sprängen. Es ist jedoch möglich die Entstehungsgeschichte des Sozialdienstes und die Etablierung von Sozialarbeitenden in der damaligen Psychiatrischen Klinik Münsingen zu erforschen.

Die Autorin und der Autor gehen davon aus, dass die Entwicklung der Psychiatrielandschaft in der Schweiz in Epochen stattgefunden hat, wobei diese einzelnen Epochen sich nicht im luftleeren Raum entwickelt haben, sondern auf die jeweils vorgegangenen Epochen Bezug

nehmen und eine kritische Weiterentwicklung antreiben. Durch die aufkommende Psychiatrie-Enquete, durch die Kritik an den Zuständen innerhalb der psychiatrischen Institutionen und durch die Etablierung der Sozialpsychiatrie um 1970 gehen wir, die Autorin und der Autor, weiter davon aus, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in dieser Zeit vermehrt auch in Schweizer Psychiatrien eingestellt wurden.

Wir nehmen an, dass Soziale Arbeit heute, ebenso wie andere Professionen, einen wichtigen Beitrag zur sozialen Funktionsfähigkeit leistet, so auch in der Psychiatrie. Sozialarbeitende haben hier den Auftrag neben Verknüpfungen und Triagen auch Angebote wie die Familienbegleitung und Beratung sowie Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten zu schaffen, so die Annahme weiter.

Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest Teile dieser sozialarbeiterischen Tätigkeiten, die heute in der Psychiatrie als die Aufgabenbereiche Sozialarbeitender genau definiert sind, zuvor durch andere Professionen ausgeführt wurden. Daraus resultiert die Annahme, dass bei der Entwicklung Sozialer Arbeit als eigenständige Disziplin in diesem institutionellen Kontext ein interdisziplinäres Konfliktpotential bestand. Die Autorin und der Autor haben bei der Literaturrecherche festgestellt, dass zur Thematik der Rolle der Sozialdienste in der Psychiatrie in der Schweiz kaum Literatur vorhanden ist. Aus diesem Grund greifen wir vorwiegend auf die Jahresberichte der bernischen Heil- und Pflegeanstalten und späteren Jahresberichten der Bernischen Psychiatrischen Kliniken zurück. Da die Jahresberichte der Psychiatrischen Klinik nur einen einseitigen Blick auf die Thematik zulassen, wird zum erweiterten Verständnis Literatur unter Anderem von Marietta Meier und Michel Foucault beigezogen, um auch einen vergleichenden und kritischen Blickwinkel erzeugen zu können.

Die Autorin und der Autor wollen die Entwicklung des Sozialdienstes im Psychiatriezentrum Münsingen nach 1970 erforschen und evaluieren. Beide gehen davon aus, dass durch den Epochenwechsel hin zur Sozialpsychiatrie und der damit verbundenen Öffnung der Psychiatrien vermehrt Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen eingestellt wurden. Ebenso soll herausgefunden werden, welche Gegebenheiten zu dieser Zeit den Auftrag und die Funktion des Sozialdienstes beeinflusst haben. Die Relevanz des Problems liegt in der Erkenntnis, wie Rollengestaltung möglich ist, welchen Einfluss Fachpersonen sowie gesetzliche Vorgaben haben können, welche Konflikte interdisziplinär dabei entstehen könnten und wie der Umgang mit diesen gestaltet wird. Die Wissenslücke soll in der vorliegenden Arbeit geschlossen werden, da die Entstehung des Sozialdienstes in der Psychiatrie einen Einfluss auf das Verständnis für die heutige Rolle als Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialarbeiterin in einer Psychiatrie hat, so die Erwartung des Autoren und der Autorin. Die Motivation liegt beim Au-

tor ebenfalls darin, dass er zurzeit im Psychiatriezentrum Münsingen als Sozialarbeiter tätig ist.

Ziel der Thesis ist eine Rekonstruktion der Entstehung des Sozialdienstes im Psychiatriezentrum Münsingen im Zeitraum von 1970 bis 1990 anhand von geschichtlichen und theoretischen Hintergründen.

2. Forschungsfragen

In welchem Zeitraum etablierte sich der Sozialdienst im Psychiatriezentrum Münsingen?

Wie etablierte sich der Sozialdienst?

Welches waren Auftrag und Funktion des Sozialdienstes?

Wie nahmen die Mitarbeitenden von damals die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf die Entwicklung des Sozialdienstes wahr?

3. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird Literatur herbeigezogen. Die Fragestellung der Bachelorthesis bezieht sich auf eine spezifische Organisationsentwicklung, zu der keine nach wissenschaftlichen Kriterien verfasste Literatur vorhanden ist. Aus diesem Grund wurden die Jahresberichte der Institution der Psychiatrischen Klinik Münsingen – so ihr zwischenzeitlicher Name – als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt. Daraus folgt, dass die vorliegende Bachelorthesis zum grössten Teil als empirische Forschung verstanden wird.

Zur Auswertung der Jahresberichte wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Jochen Gläser und Grit Laudel (2009) gewählt. Bei der sogenannten Extraktion geht es darum, einem Text Informationen beziehungsweise Daten zu entnehmen, diese aufzubereiten und auszuwerten. Wichtig ist, sich frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext zu lösen und die Informationsfülle anhand eines Rasters zur Beantwortung der Forschungsfrage zu reduzieren und zu strukturieren. Das Suchraster wird daher vorgängig anhand von theoretischen Überlegungen, also möglichen Einflussfaktoren sowie Hypothesen zu Kausalzusammenhängen konstruiert. Zentral ist jedoch, dass das Raster während der Inhaltsanalyse kein starres Kategoriensystem ist, sondern veränderbar beziehungsweise erweiterbar ist. Dies ist ein grosser Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse nach Jochen Gläser und Grit Laudel, denn so gehen keine wichtigen Informationen verloren, falls sie nicht ins vorgefertigte Suchraster der Kategorien passen. Sollten also im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, so kann das Raster um eine Kategorie erweitert werden. Bereits der Schritt der Extraktion beinhaltet ein entscheidendes Interpretationsmoment. Der Text muss verstanden beziehungsweise interpretiert werden, damit das Textfragment einer Kategorie zugeordnet und paraphrasiert wer-

den kann. Zentral ist dabei, dass im Anschluss an die Textfragmente jeweils auf die Quelle beziehungsweise den Ursprungstext verwiesen wird. (Gläser & Laudel, 2009)

Das Suchraster wurde während der Textbearbeitung durch folgende Kategorien definiert: therapeutische Veränderungen, gesellschaftliche- sowie politische Einflüsse, Öffentlichkeitsarbeit, Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie der Sozialdienst und dessen Auftrag der Psychiatrischen Klinik Münsingen. So wurden die Kategorien gebildet, weil sie als Themen in den Jahresberichten immer wieder auftauchten. Insbesondere um die Frage, wie der Sozialdienst sich entwickelte, beantworten zu können, ist eine breitere Forschung nötig. Durch den Autor und die Autorin wird ein Kausalzusammenhang zwischen den gebildeten verschiedenen Kategorien vermutet. So stehen die gesellschaftlichen und die politischen Einflüsse in Wechselwirkung, wobei diese beiden Ebenen auch einen Einfluss auf die Entwicklung neuer Therapie- und Organisationsformen haben, wovon wiederum die Entwicklung des Sozialdienstes abhängt. Die Öffentlichkeitsarbeit und die gesellschaftlichen Einflüsse stehen in einer reziproken Beziehung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Struktur der Institution hängen stark damit zusammen, in welcher Form sich der Sozialdienst und dessen Auftrag entwickelten. Auch die Rolle, die Sozialarbeitende in der Psychiatrie einnehmen, definiert sich stark über die interdisziplinäre Zusammenarbeit, so unsere Annahme weiter.

Die Begriffe der Gesellschaft sowie der Politik sind sehr weitläufig und schwer zu fassen. Trotzdem haben gesellschaftliche und letztlich politische Phänomene einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Institution der Psychiatrischen Klinik Münsingen. Klar ist, dass nie – und insbesondere nicht in einer Bachelorthesis – der Anspruch erhoben werden kann, alle Einflussfaktoren eines historisch gesellschaftlichen oder politischen Diskurses zu kennen und abbilden zu können. Zudem wurde neben den Jahresberichten keine Literatur weder zu den regionalspezifischen Einflussfaktoren noch zur Entwicklung der Psychiatrischen Klinik Münsingen an sich gefunden. So muss im Voraus klargestellt werden, dass die Entwicklungsgeschichte neben einigen allgemeinen, theoretischen Bezügen relativ einseitig aus der Sichtweise der Direktion sowie einzelnen Mitarbeitenden der Psychiatrischen Klinik dargestellt wird.

Neben der Literatur der Jahresberichte sollten zudem Interviews mit Mitarbeitenden der Psychiatrischen Klinik geführt werden. Als methodische Vorgehensweise wurden zu Beginn der Thesis narrative Interviews nach Jürgen Bortz und Nicola Doering angestrebt. Bei narrativen Interviews kann die Gewichtung der Themen und deren Relevanz, betreffend der Beantwortung der Fragestellung, durch die interviewte Person selbst gestaltet werden (Kriesten, 2001).

Trotz diesem Vorteil haben der Autor und die Autorin sich entschieden, Experteninterviews zu führen. Bei Experteninterviews „handelt sich [es sich] um Untersuchungen, *in denen sozi-*

ale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 13) Die Expertinnen und Experten werden als Zeugen und Spezialisten einer Entwicklung verstanden. Im Unterschied zu narrativen Interviews liegt bei Experteninterviews der Fokus der Fragen auf dem Spezialwissen der interviewten Person und geht so durch gezielte Fragen über die Deutungsebene hinaus. (Gläser & Laudel, 2009)

Durch die Interviews soll erforscht werden, wie die Entwicklung des Sozialdienstes im interdisziplinären Kontext wahrgenommen wurde. Als Interviewpartner werden Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie, Pflege, Medizin und Soziale Arbeit rekrutiert, welche die Entstehung des Sozialdienstes miterlebt haben und aus ihren Erfahrungen berichten können. Ziel dieser breiten Datenerfassung ist ein möglichst ganzheitliches Bild der Entwicklungsgeschichte sowie eine Deutung des Institutionalisierungsprozesses des Sozialdienstes durch beteiligte Fachpersonen. Die Berufsbiografie, die Standpunkte, Erfahrungen und Einschätzungen von Fachpersonen, die den institutionellen Wandel miterlebt haben, sind hier der Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Ebenfalls wird ein Vergleich zwischen der Öffentlichkeitsarbeit der Institution durch die Jahresberichte dieser und der Wahrnehmung der Mitarbeitenden angestrebt.

Jochen Gläser und Grit Laudel unterscheiden 2009 verschiedene Typisierungen von Fragen. Als erstes nennen sie die Fragen nach Erfahrungen, Beobachtungen oder Handlungen des Gegenübers. Wissensfragen beziehen sich auf die akkumulierten Kenntnisse der Expertin oder des Experten. Ebenfalls werden Hintergrund- und Meinungsfragen als zentral erachtet. Erstere sind Fragen nach dem Werdegang des Gegenübers und Letztere dienen dazu, Bewertungen oder Motive der Experten und Expertinnen zu erfahren. Zentral dabei ist, dass die Fragen offen und klar nachvollziehbar gestellt werden. Auch der Autor und die Autorin entschieden sich, geschlossene Fragen nur zur Klärung einzusetzen. Der Leitfaden des Experteninterviews wurde als roter Faden und nicht als starres Raster benutzt.

Zur Analyse der Experteninterviews wird ebenfalls die qualitative Inhaltsanalyse nach Jochen Gläser und Grit Laudel verwendet. Zugleich wird auch das begriffliche Suchraster übernommen, um eine Kontinuität in die Beantwortung der Fragestellung hineinzubringen. (Gläser & Laudel, 2009)

Aus den Jahresberichten der Psychiatrischen Klinik wurden zudem Zahlen erhoben zur Anzahl an Patienten und Patientinnen, die jährlich in die Klinik ein- und austraten oder die sich in der Familienpflege befanden, zu den externen Konsultationen sowie zu beschäftigten Sozialarbeitenden. Dadurch sollte das Verständnis der institutionellen Entwicklung verbessert werden. Die aus den Daten erhobenen Statistiken befinden sich im Anhang der Thesis. Die vorverfassten Fragestellungen für die Experteninterviews befinden sich im Anhang der The-

sis. Auch die Raster, die während der Phase der Extraktion der Texte, namentlich der Jahresberichte und der Experteninterviews, erstellt wurden, sind im Anhang enthalten.

4. Begriffsdefinition

Diskurs wird nach Foucault als Wissenssystem verstanden, das in Europa seit der Neuzeit bestanden hat und bedeutet Denkstrukturen, die das Mögliche beziehungsweise steuern und die auf historische Epochen zurück zu führen sind. (Foucault, zitiert nach Busse, 1987)

Etablieren wird in dieser Arbeit als Aufbau oder Gründung beziehungsweise Schaffung des Sozialdienstes im Psychiatriezentrum Münsingen verstanden. (Duden, 2013)

Funktion ist nach Niklas Luhmann die objektive Konsequenz, die ein sozialer Sachverhalt innerhalb einer Institution nach sich zieht. Ist diese Konsequenz den Handelnden bewusst, so wird von einer manifesten Funktion ihres Handelns gesprochen, ist sie es nicht, so ist es eine latente Funktion. (Luhmann, zitiert nach Reimann, 1991)

Gesellschaft „(. . .) ist demnach das Produkt des Handelns einer Mehrzahl einzelner, autonom agierender Personen (. . .)“ (Schmid, 1991, S. 152). In der vorliegenden Bachelorthesis ist diese Mehrzahl einzelner, autonom agierender Personen auf die Bevölkerung der Region Berner Oberland oder allenfalls der Schweiz begrenzt.

Integration bedeutet die Verbindung von Personen oder Gruppen zu einer kulturellen und/oder gesellschaftlichen Einheit (Duden, 2013). Als soziale Integration werden die konsens- oder konflikterfüllten Bindungen zwischen den Mitgliedern des sozialen Systems und die Übereinstimmung zwischen tatsächlichem und gefordertem Handeln verstanden. Systemintegration bedeutet die funktionale Beziehung der Systemstrukturen untereinander. (Reimann et al., 1991)

Internieren hat zwei verschiedene Wortstämme. Juristisch gesprochen handelt es sich bei der Internierung um einen staatlich organisierten Freiheitsentzug mit dem Ziel, einen Einzelnen oder auch eine Gruppe von der übrigen Bevölkerung zu isolieren. Im medizinischen Sinn kann der Begriff der Internierung mit dem der Quarantäne gleichgesetzt werden, bedeutet also die Hospitalisierung auf einer geschlossenen Station. Der Charakter der Isolierung ist auch bei diesem Wortstamm gegeben. (Duden, 2013)

Institutionalisieren / Institutionalisierung steht für etwas gesellschaftlich Anerkanntes, welches in eine feste Form beziehungsweise in eine Regelmässigkeit gebracht wird. (Reimann et al., 1991)

Institution steht hierbei für komplexe Verhaltensmuster mit hohem Geltungsgrad in einem sozialen System; in funktional-struktureller Sicht: Verhaltensstrategische Einrichtungen zur Erfüllung individueller beziehungsweise kollektiver Bedürfnisse. (Reimann et al., 1991)

Interdisziplinarität bedeutet die Zusammenarbeit zwischen mehreren Disziplinen

Stigmatisierung wird nach Schäfer als „ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal“ verstanden, „durch das eine Person sich von den übrigen Mitgliedern einer Gesellschaft oder Gruppe, der sie angehört, negativ unterscheidet und das sie von vollständiger sozialer Anerkennung ausschliesst“ (Schäfer, 1995, S.354). Somit wird Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess verstanden. Stigmata können so neben Normen, Werten und Einstellungen eine wichtige Stellung als interaktionsregulierende Grösse zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Gruppierungen einnehmen. (Schäfer, 1995)

5. Einführende Gedanken und Fakten zur Psychiatrieentwicklung 1920-1990

In diesem Kapitel werden Einflüsse thematisiert, welche die Organisationsentwicklung der Psychiatrischen Klinik Münsingen entscheidend geprägt haben. Zu diesen Einflüssen zählen wir Therapieformen, gesellschaftliche und politische Entwicklungen, die Öffentlichkeitsarbeit der Institution und die Arbeit von Fürsorgern und Fürsorgerinnen. Auch die Entstehung des Auftrags des Sozialdienstes soll thematisiert werden. Wir erhoffen uns durch die Aufarbeitung der Jahre 1920 bis 1970 ein besseres Verständnis und Erkenntnisse betreffend Organisationsentwicklung der Psychiatrischen Klinik Münsingen und letztlich auch der Etablierung des Sozialdienstes der Institution.

Die Begriffe Psychiatrische Klinik Münsingen, Klinik Münsingen, Psychiatrische Klinik sowie das Kürzel PKM sind im Folgenden simultan verwendet. Erst mit dem Millenniumswechsel kam am 1. Januar 2000 die Namensänderung von der Psychiatrischen Klinik Münsingen zum Psychiatriezentrum Münsingen (PZM). (Psychiatrische Klinik Münsingen, 1999)

In den Jahresberichten wird meist nur die männliche Version der Begriffe verwendet. Es wurden keine Unterscheidungen zwischen Patientinnen und Patienten, zwischen Ärzten und Ärztinnen, zwischen Fürsorgerinnen und Fürsorgern sowie zwischen Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen gemacht. Diese nachträglich auf Grund des Wunsches, genderkonform zu schreiben, einzufügen, ist nicht möglich, ohne allfällige Falschaussagen zu machen. Darum werden die Begriffe wörtlich aus den Berichten übernommen.

Zu Beginn muss festgehalten werden, dass die Psychiatrie seit Ende des 19. Jahrhunderts neben des Behandlungs- und Heilungsanspruchs auch eine Ordnungsfunktion übernahm und durch diese einem Normierungsdruck unterlegen ist. „Mit ihrem ‚Doppelmandat‘ von Behandlungs- und Heilungsanspruch einerseits, Normierungsdruck und Ordnungspolitik andererseits steht die moderne Psychiatrie in einem konfliktgeladenen Spannungsfeld“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.18).

Marietta Meier beschreibt weiter, dass durch dieses Doppelmandat die Angst der Bürger gross wurde, selbst interniert und als psychisch krank behandelt zu werden. Es schien kein „Recht des Irren“ zu geben (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.123). Verschiedene Aufrufe der Bevölkerung proklamierten aus diesem Grund um 1900 einen besseren Rechtsschutz. „Denn gegen die Gefahr, ‚lebendig begraben‘ – also ‚zu Unrecht seiner bürgerlichen Stellung beraubt‘ – zu werden, sei niemand gefeit“ (Irrenrechtsreformverein, undatiertes Flugblatt „für die lebendig Begrabenen“ in Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.123). 1892 beauftragte der Bundesrat den Juristen Eugen Huber, einen Entwurf für ein national einheitliches Zivilgesetz auszuarbeiten. Daraus resultierte das Zivilgesetzbuch, welches 1907 verabschiedet wurde und 1912 in Kraft trat. (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007)

6. Frühe Behandlungsformen und aktivere Therapie 1920-1950

Der Stigmatisierung, der Angst und des Zwangs vor und in der Psychiatrie geht also eine lange Geschichte voraus.

Ein explizit mit Zwang in Verbindung gebrachtes Element in der Anstalt bildete die Zwangsjacke. Die Abschaffung dieser war ein Effort der Reformpsychiatrie um 1900. Aber auch andere Methoden wie Dauerbäder gehörten in dieser Zeit zu den praktizierten Massnahmen (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.22). Es ist aus diesem Grund unerlässlich, frühere Behandlungsformen, ihre Entstehung und Verwendung zu erfassen, um später ein klares Bild über die Haltung gegenüber der Psychiatrie oder die Organisationsstruktur derselben zu erkennen und erklären zu können.

6.1. Therapeutische Veränderungen 1920-1950

Zu den Behandlungsformen innerhalb der Anstalten zählten um 1920 Psychotherapie sowie Schock- und Schlafkuren. Bei Schockkuren wurden dem Patienten, der Patientin Stromschläge abgegeben, um ihre Affektivität ruhiger werden zu lassen. Schlafkuren wurden bei depressiven Patientinnen angewendet, um den Gemütszustand zu heben. In diesem therapeutischen Ansatz wurde davon ausgegangen, dass die Unterbrechung des normalen Schlafes zu einer Verbesserung des Gemütszustandes führen würde. Dieser Umstand generierte aber bald eine Umkehr und depressive Patienten wurden nach den Schlafkuren oft noch depressiver. (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007)

Auch die Psychoanalyse nach Freud war um 1920 eine oftmals eingesetzte Therapieform. Noch weit nach 1920, als sich der damalige Direktor Eugen Bleuler des Burghölzlis in Zürich längst von der Psychoanalyse distanziert hatte, beschrieb er diese als „grössten Schritt“ in der Psychologie und Psychopathologie (Bleuler, zitiert nach Meier, Bernet, Dubach & Ger-

mann, 2007, S.65). Durch die Unterscheidung der Psychosen in primäre und sekundäre Symptome wurde ein dynamisches Verständnis der Krankheiten sichtbar, welche eine psychologische Interpretation und eine therapeutische Beeinflussung einzelner Symptome erlaubte, so Marietta Meier 2007 weiter. „Das durch Bleuler geprägte Schizophreniekonzept gehörte schliesslich bis weit ins 20. Jahrhundert hinein zum Kernbestandteil des wissenschaftlichen Selbstverständnisses der Schweizer Psychiatrie.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S. 66)

Der Autor und die Autorin erkennen hierbei die Anfänge der Differenzierung von Krankheitsbildern, welche schlussendlich auch zu einem besseren Verständnis der verschiedenen psychotischen Krankheitsformen und Klassifizierungssystemen führte.

1940 schrieb der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Münsingen: „Dem weiteren Ausbau dieser Behandlungsformen, insbesondere der Insulin- und Elektroschocktherapie, wurde auch im vergangenen Jahre auf einer eigenen therapeutischen Abteilung durch speziell eingearbeitete Ärzte alle Aufmerksamkeit geschenkt.“ Münsingen sei in dieser Behandlungsform ein „international anerkanntes Zentrum“ (Müller, 1941, S.42).

Auch 1942 gehörte die Elektroschockkur zu den angewandten Behandlungsformen und fand in den Kriegsjahren durch das fehlende Insulin vermehrt statt. (Müller, 1943)

6.1.1. Sterilisation

Marietta Meier beschrieb, dass eine weitere, verbreitete Behandlungsform in den Schweizer Psychiatrien die Sterilisation war, welche vorwiegend an Frauen vorgenommen wurde. Dieses Geschlechtsverhältnis ist darauf zurückzuführen, dass die Sterilisation von Männern als männliche Kastration und somit als Strafe und Vernichtung von Potenz angesehen wurde. „Ohne direkten Zwang, und solcher war in der Schweiz infolge des rechtlichen Rahmens nicht gestattet, willigten Männer selten in Sterilisationen ein.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.157) Hans Wolfgang Maier, Oberarzt am Burghözli in Zürich, sprach sich in seinem Aufsatz über die nordamerikanischen Gesetze gegen die „Vererbung von Verbrechen und Geisteskrankheit“ für eine „Zwangssterilisationspolitik aus eugenischen Gründen“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.163).

Der Handlungsrahmen wurde um 1934 so beschrieben, dass eine Sterilisation dann nicht unter den Begriff der strafbaren Körperverletzung falle, wenn sie zu Heilzwecken vorgenommen werde. Dabei könne eine Heilung „auch einen prophylaktischen Zweck haben, um krankhaften Veränderungen vorzubeugen“ so Hans Wolfgang Maier in der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift von 1934 (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.159). Sterilisationen bei psychiatrischer und medizinischer Indikation waren demzufolge

unumstritten. Folglich kann interpretiert werden, dass bei einem sozialen Sterilisationsgrund, wenn zum Beispiel die Familie sehr arm oder eines der Elternteile geisteskrank oder straffällig war medizinische oder psychiatrische Gründe geltend gemacht wurden, um die Sterilisation durchzuführen. Der Handlungsspielraum der Psychiatrien war sehr gross, was die Bevölkerung ungemein verängstigte. Viele Frauen, welche ungewollt schwanger wurden und eine Abtreibung machen wollten, fürchteten sich, zu einer Konsultation zu gehen. Mit der Angst, dass wohl abgetrieben, jedoch gleichzeitig auch sterilisiert würde, blieben viele zu Hause (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007). Der Schwangerschaftsabbruch wurde in der Schweiz erst 2002 legal (Schmitter, 2012). Dieses Indiz zeigt viel über die vorgängig angesprochene Macht der Psychiatrie in dieser Zeit.

„Sterilisationen, die psychiatrische Experten in den 1930er Jahren an der Psychiatrischen Poliklinik in Zürich als indiziert erachteten, wurden mehrheitlich sozialpsychiatrisch und nicht eugenisch begründet.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.185) Dieser Umstand ist damit zu erklären, dass schwangere Frauen, welche abtreiben wollten, ausschliesslich durch die Psychiatrie begutachtet wurden. Eine Zustimmung durch die Experten erhielten ökonomisch oder anders benachteiligte Frauen allerdings nur, wenn sie gleichzeitig einer Sterilisation zustimmten (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007).

1956 schrieb Hans Walther-Bühl über die Sterilisation in Münsingen: „Neben der Tätigkeit des Aussendienstes erfuhr die poliklinische Arbeit der Anstalt mit Übernahme von Schwangerschaftsgutachten von der überlasteten Psychiatrischen Poliklinik in Bern eine namhafte Vermehrung. Von den 54 Begutachtungen haben wir in 25 Fällen die Unterbrechung, in 10 Fällen mit Sterilisation, bejaht, in 29 abgelehnt.“ (Walther-Bühl, 1957, S.43) Die Sterilisationen seien jedoch in Bern durchgeführt worden, so Hans Walther-Bühl weiter.

6.1.2. Leukotomie

Die Leukotomie, ein Eingriff am Gehirn des Menschen, setzte sich in zahlreichen Ländern nach dem Ende des 2. Weltkrieges durch. Die Absicht bei diesem Eingriff war, psychisches Erleben und Verhalten zu beeinflussen, ohne dass eine funktionell nachweisbare Veränderung am Gehirn vorlag. Es handelte sich dabei um einen von Hand ausgeführten Eingriff ins Frontalhirn, bei dem mit einem Schnitt durch das weisse Hirngewebe Verbindungen zwischen Frontalhirn und Thalamus (der zentralen Sinnesverarbeitung im Gehirn) durchtrennt wurden. Die Wirkungsweise konnte jedoch nicht unmittelbar nachgewiesen werden, da dazu Erfahrungswerte im Verhalten erforderlich waren. Operationen am Gehirn wurden von vielen Psychiatern als einschneidenste und risikoreichste Massnahme in der Geschichte der Psychiatrie erachtet, weil sie direkt in die Persönlichkeit der Leute eingriffen, diese veränderten und schwere körperliche Nebenwirkungen haben konnten. Die Ärzte glaubten nicht, psychische Störungen heilen zu können, hofften jedoch, gewisse Symptome wie starke affektive

Störungen zu beseitigen oder wenigstens zu mildern. Das Ziel des Eingriffs war, die Personen „sozial“ zu heilen oder zumindest soweit zu bessern, dass sie innerhalb der Anstalt wieder in eine Gemeinschaft integriert werden konnten (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.236). „Der Preis einer potenziellen (Re-)Integration war ein Eingriff in die körperliche und psychische Integrität eines Menschen, der fast immer durchgeführt wurde, ohne dass die betroffenen Patient/Innen dazu hatten Stellung nehmen können.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.236)

Max Müller beschrieb, wie diese Form der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Münsingen umgesetzt wurde:

Neben der Durchführung der gewohnten und bereits eingebürgerten Behandlungsmethoden (Insulintherapie und Krampfbehandlung) wurde dank der Hilfe der chirurgischen Klinik in Bern die moderne Gehirnoperation (Leukotomie) bei chronisch Geisteskranken eingeführt. Die Resultate des Eingriffs sind teilweise recht befriedigend, immerhin muss - namentlich gegenüber gewissen Pressemeldungen - vor Illusion gewarnt werden. In zahlreichen Fällen waren wir genötigt, dringliche Anfragen von Behörden, Fürsorgeorganisationen und von Privaten dahin zu beantworten, dass ein definitives Urteil über die Methode noch nicht möglich sei, dass man gut daran tue, vorläufig Zurückhaltung in ihrer Anempfehlung zu üben und uns Zeit lassen möge, um die nötigen Erfahrungen zu sammeln. (Müller, 1948, S.40)

Die Leukotomie wird später weitgehend von der Psychopharmakologie verdrängt. So schreibt Max Müller im Jahresbericht von 1955: „Endlich trugen diese Mittel sehr zur weiteren Einschränkung der Leukotomie bei, die wir nur noch an ganz vereinzelt Kranken, die auch auf diese Mittel nicht reagierten, vornehmen liessen.“ (Müller, 1956, S. 41)

6.1.3 Aktivere Krankenbehandlung

Die aktivere Krankenbehandlung, eine wichtige Behandlungsform, wurde in den frühen 1920er Jahren von Dr. Hermann Simon in Deutschland eingeführt. Er startete mit dieser Art der Behandlung 1924 in den Anstalten Grütersloh und Wahrstein. Dr. Hermann Simon ging es darum, die Bettbehandlung in den grossen Wachsälen und die Bäderbehandlung einzuschränken, denn diese „(. . .) isoliere die Kranken geistig, vermindere die psychische und körperliche Regsamkeit, schwäche das individuelle Verantwortungsgefühl (. . .)“ und bringe „(. . .) durch die Hospitalisierung selbst hervorgerufene Symptome wie ‚Stumpfsinn‘ und ‚Verblödung‘ hervor, die schlimmer als die organisch bedingten Grundleiden seien.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.200).

Dr. Hermann Simon ging weiter davon aus, dass sich „(. .) Krankheitssymptome wie Manieren, Stereotypien, Unfug, Sammeln, planloses Umherlaufen, Belästigung der Umwelt“ zugunsten der gesunden Anteile des Individuums zurückdrängen liessen (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.200).

Diese Arbeit in der Anstalt und die Förderung der gesunden Persönlichkeitsanteile machten laut Dr. Hermann Simon „(. .) die Kranken ‚fähig und reif‘ für das Leben ausserhalb der Anstalt, so dass diese schneller als geheilt in die offene Fürsorge (. .) entlassen werden könnten.“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S. 201) Die Vorstellung, dass sich Arbeit und Beschäftigung therapeutisch nutzen liessen, gehörte jedoch bereits zu den Grundsätzen des ‚Traitement Moral‘ im frühen 19. Jahrhundert. So beschrieb Philippe Pinel damals die beruhigende Wirkung der Krankenarbeit auf die Hausordnung der Pariser Irrenanstalt Bicêtre. Diese Reformpsychiatrie dürfe aber nach dem Philosophen Michel Foucault nicht ausschliesslich als Befreiung gewertet werden. Er sieht darin vielmehr die Absicht, den Kranken mit der gesellschaftlichen Konformität zu versöhnen, in die Arbeit einzugliedern, den herrschenden Moralvorstellungen und der patriarchalischen Familienordnung zu unterwerfen. „Wenn der Irre zum Tier geworden ist, erlischt jede Gegenwart des Tieres im Menschen, die das Ärgernis beim Wahnsinn ausmachte. Nicht das Tier ist zum Schweigen gekommen, sondern der Mensch selbst ist beseitigt worden.“ (Foucault, 2013, S.146)

In Münsingen schrieb Ulrich Brauchli im Jahresbericht von 1929:

Auf Anregung des Unterzeichneten hat eine Studienkommission im September holländische und deutsche Anstalten besucht, um die von Dr. Hermann Simon in Gütersloh propagierte aktivere Beschäftigungstherapie in Anstalten kennen zu lernen, wo sie seit Jahren konsequent durchgeführt wird. Die Studienkommission war erstaunt zu sehen, mit welcher Beharrlichkeit und Konsequenz, insbesondere aber mit welchem Erfolg die manchmal recht schwierige Aufgabe in den Anstalten, die besucht worden sind, durchgeführt wird. Es ist erstaunlich, welche Ruhe in diesen Anstalten herrscht, wie geordnet sich fast alle Kranken benehmen, so dass man ruhige und unruhige Abteilungen, welche alle mit Bildern und Blumen freundlich ausgestattet sind, kaum voneinander unterscheiden kann. Bäder und Isolierung von Kranken sind auf ein Minimum beschränkt. (Brauchli, 1930, S. 21)

In der Heil- und Pflegeanstalt in Münsingen wurde jedenfalls bald nach der Rückkehr der Studienkommission der Versuch unternommen, diese Behandlungsform einzuführen. Dies würde jedoch noch Jahre dauern, und neben der Erhöhung des Fachpersonals müssten

auch bauliche Veränderungen vorgenommen werden, schrieb Ulrich Brauchli 1929. (Brauchli, 1930)

Schon 1930 wurde beschrieben, wie sich die Kranken ruhiger verhalten würden. So wurde bei der Arbeit im Garten, in der Küche oder in der Lingerie fortan auf die Mitwirkung und Arbeitskraft der Patienten gesetzt (Brauchli, 1931).

6.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1920-1950

In der Zwischenkriegszeit greift die Schweizer Bevölkerung auf alte Werte zurück. So werde versucht, eine gewisse Normierung und Selektion der Bevölkerung voranzutreiben. Diese Gesellschaftsordnung stelle einen weiteren Kontext der psychiatrischen Anstalten dar. Aus sozialhistorischer Sicht sei es „evident, dass umwälzende gesellschaftliche Prozesse und individuelle Anpassungsleistungen notwendig waren“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.39). Gleichzeitig herrschte jedoch die vorgängig beschriebene Angst vor dem Zwang, welchem psychisch Kranke unterworfen waren. Diese Gesellschaftsordnung nach Selektion und Normierung führt jedoch dazu, dass die Schweizer Psychiatrien zusehends überfüllt werden, so unsere Annahme.

Der Platzmangel in den bernischen Heil- und Pflegeanstalten war auch in Münsingen ein steter Begleiter der Zeit. Ulrich Brauchli 1922 führt dieses Phänomen auch auf gesellschaftliche Veränderungen zurück. So schreibt er, es sei „eine Musik zu sein, welche nicht gerne gehört wird. Wir wollen heute deshalb darauf auch nicht weiter eingehen, und nur bemerken, dass wir so viel wie möglich Mühe geben, die Anstalt, sei es durch Versetzung von ruhigen Elementen in Armenanstalten, sei es durch Platzierung in Privatpflege zu entlasten, um so für frische Kranke Platz zu gewinnen“ (Brauchli, 1923, S.23). Dieser Umstand sei damit verbunden, dass viele Leute vom Land in die Stadt ziehen würden und ihre Kranken nicht mehr zu Hause pflegen könnten. Aus diesem Grund würden die Familien die Kranken dann in eine Heil- und Pflegeanstalt geben, welche wiederum Mühe hätte, diese weiter platzieren zu können, da „sich Armenanstalten hüten würden, Kranke aus der Irrenanstalt aufzunehmen und die Kosten bei einer Privatpflege höher wären als bei der Anstaltspflege und die Differenz daher von Privaten übernommen werden müsse“ (Brauchli, 1923, S.22).

1940 schreibt Max Müller: „Wir erklären uns diese Erscheinung vielmehr aus dem wachsenden Vertrauen weiter Bevölkerungskreise in unsere Staatsanstalten, deren Aspekt durch Neuorganisation, bessere Ausbildung des Pflegepersonals, Einführung neuerer Heilmethoden usw. in der Tat ja auch ganz anders geworden ist als noch vor zehn Jahren. Damit in Zusammenhang steht auch die auffällige Zunahme der freiwilligen Eintritte von zum Teil leicht Kranken.“ (Müller, 1941, S. 50) Das Ziel war zunehmend, die Kranken nicht nur zu

verwahren, sondern durch gezielte Therapien zu Heilen und „gebessert“ entlassen zu können. (Wyss, 1967, S. 53)

Die steigende Patientenzahl in Münsingen kann später aber auch eine Folge des 2. Weltkrieges sein, als die Männer zu Beginn vom Militär eingezogen wurden und aus diesem Grund der Betreuung von Kranken zu Hause nicht mehr genügend Rechnung getragen werden konnte, so die Annahme der Autorin und des Autors.

In der Krankenbewegung hat die schon für 1939 angezeigte Vermehrung der Eintritte nicht nur angehalten, sondern eine sprunghafte Steigerung erhalten, so dass mit 372 Zugängen die bisher höchste Eintrittsziffer seit dem Bestehen der Anstalt weit überschritten wurde. Man wäre versucht, diese Zunahme der Aufnahmen mit den Zeitverhältnissen in Zusammenhang zu bringen. Im ganzen wäre es aber sicherlich falsch oder verfrüht, aus den vermehrten Zugängen auf eine gesteigerte seelische Erkrankungshäufigkeit infolge der psychischen Belastung durch die Kriegsverhältnisse zu schliessen. (Müller, 1941, S.50)

Ein Indiz dafür, dass viele Kranke aufgrund des 2. Weltkrieges und der damit verbundenen Abwesenheit von Familienmitgliedern in den Anstalten untergebracht wurden, zeigt die Tatsache, dass in dieser Zeit vermehrt auch „leichtere Fälle“ behandelt wurden. Zudem hätten die Ärzte versucht, „ein Hängenbleiben des Patienten in der Anstalt zu verhindern“ (Müller, 1942, S.40).

6.3. Politische Einflüsse 1920-1950

In den Jahresberichten der bernischen Heil- und Pflegeanstalten ist immer wieder zu lesen, wie knapp die finanziellen Mittel zur Anpassung und Modernisierung der Anstalten war. Es fehle an Untersuchungszimmern, „an Räumen für das ärztliche Sekretariat, für die Fürsorgefrauen, für den Unterricht des Lernpersonals...., lauter Mängel, denen im Laufe der nächsten Jahre unbedingt abgeholfen werden muss.“ (Müller, 1951, S.45)

Am 1. Januar 1946 trat die von der Regierung bereits im Herbst 1945 beschlossene Arbeitszeitverkürzung für das männliche Pflegepersonal in Kraft. „Die Reduktion der Arbeitszeit auf neun Stunden für Verheiratete und zehn Stunden für Ledige liess sich nur durchführen bei gleichzeitiger Einführung eines Schichtenbetriebes.“ (Müller, 1947, S. 48) Bedauerlich sei, dass die Arbeitszeitverkürzung für weibliches Personal noch nicht durchgeführt werden könne, so Max Müller weiter.

6.4. Öffentlichkeitsarbeit 1920-1950

Nachdem die Kranken und für eine Familie nicht mehr tragbaren Personen vermehrt in den bernischen Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen wurden, stieg hier die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Anstalten, so unsere Annahme. Die Zunahme der Anzahl der Hospitalisierten ist in folgender Abbildung deutlich zu erkennen:

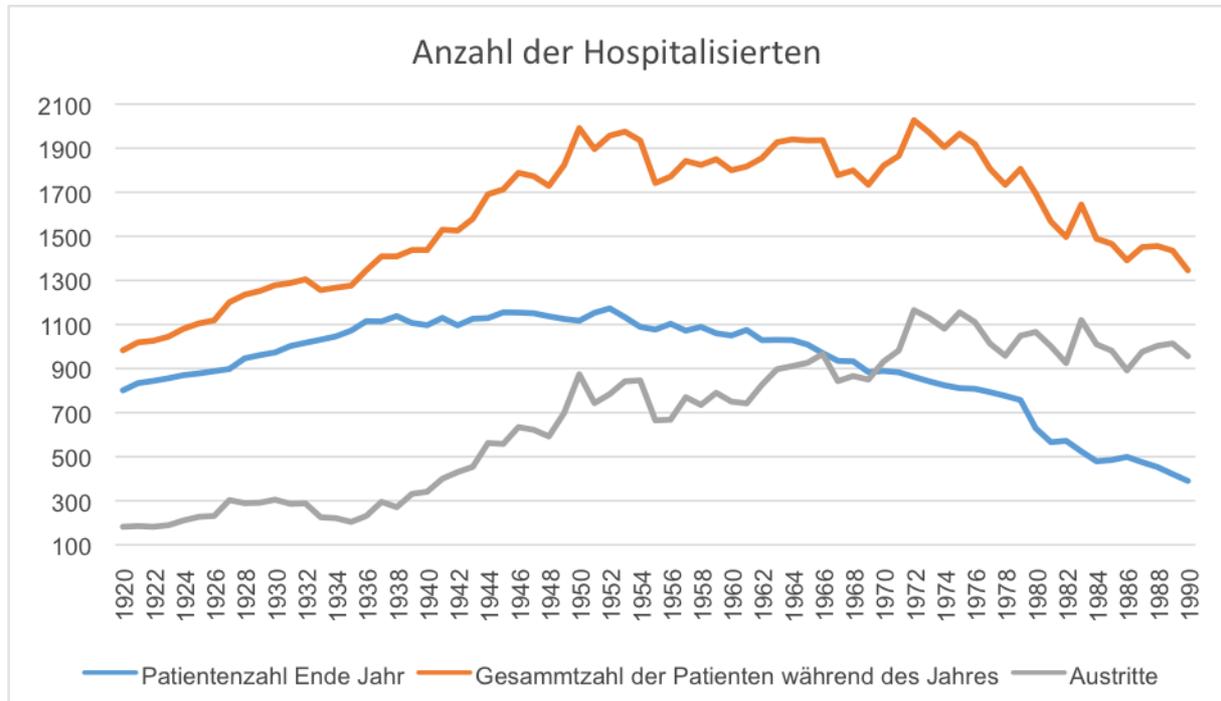


Abbildung 2. Anzahl der Hospitalisierten. Sammelnachweis aus Jahresberichten (1921-1991). Eigene Darstellung.

So wurde auch in Münsingen die Anstalt renoviert. 1939 schreibt Max Müller: „Die Modernisierungsarbeiten der Anstalt – zum grossen Teil mit eigenen Kräften ausgeführt – gingen in diesem Jahr von dem Grundgedanken aus, dass der erste Eindruck, den die Kranken und ihre Angehörigen beim Betreten der Anstalt empfangen, oft ausschlaggebend für ihre ganze weitere Einstellung zu allen ärztlichen und pflegerischen Bemühungen ist.“ (Müller, 1940, S. 41)

Aus diesem Zitat können mehrere Schlussfolgerungen gezogen werden. Zum einen, dass bei der Modernisierung der Anstalt auch Kranke in den Arbeitsprozess mit einbezogen wurden und zum anderen, dass der Bevölkerung ein angenehmeres Bild der Anstalt vermittelt werden sollte. „Im Inneren des Hauptgebäudes handelte es sich darum, genügend Aufnahme-, Warte-, Besprechungs- und Untersuchungsräume zu schaffen, damit nicht, wie es bisher leider oft nicht zu umgehen war, aufzunehmende Kranke, Besucher und Handelsreisende zusammen in das kleine Wartezimmer gepfercht werden mussten,“ ist im Jahresbericht weiter zu lesen. (Müller, 1940, S. 41)

Ein weiteres Indiz zur Öffentlichkeitsarbeit waren die unentgeltlichen Beratungsstellen in Interlaken und Thun, welche in diesen Jahren vermehrt angeboten wurden.

1945 und mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges schreibt Max Müller über die Bettenzahl in Münsingen: „Schon nach 20 Jahren hatte sich die Insassenzahl nahezu verdoppelt, ohne dass durch Erweiterungsbauten auch nur annähernd entsprechend mehr Raum zur Verfügung gestellt worden wäre.“ (Müller, 1946, S. 39) Die Anstalt hätte auch „Schwächen aufgewiesen“, schreibt Müller weiter: „Chronische Überfüllung, sinkende Aufnahmeziffern, woran auch manche Modernisierung, wie die Einrichtung von Wachsälen, die Einführung des elektrischen Lichtes, leichte Verkürzung der Arbeitszeit des Personals, kaum etwas änderten.“ (Müller, 1946, S. 39)

6.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1920-1950

Wir erkennen in der Abbildung zur Gesamtzahl der sich in der Anstalt befindenden Personen jeweils Ende Jahr bis Mitte der 1950er eine zunehmende Steigerung.

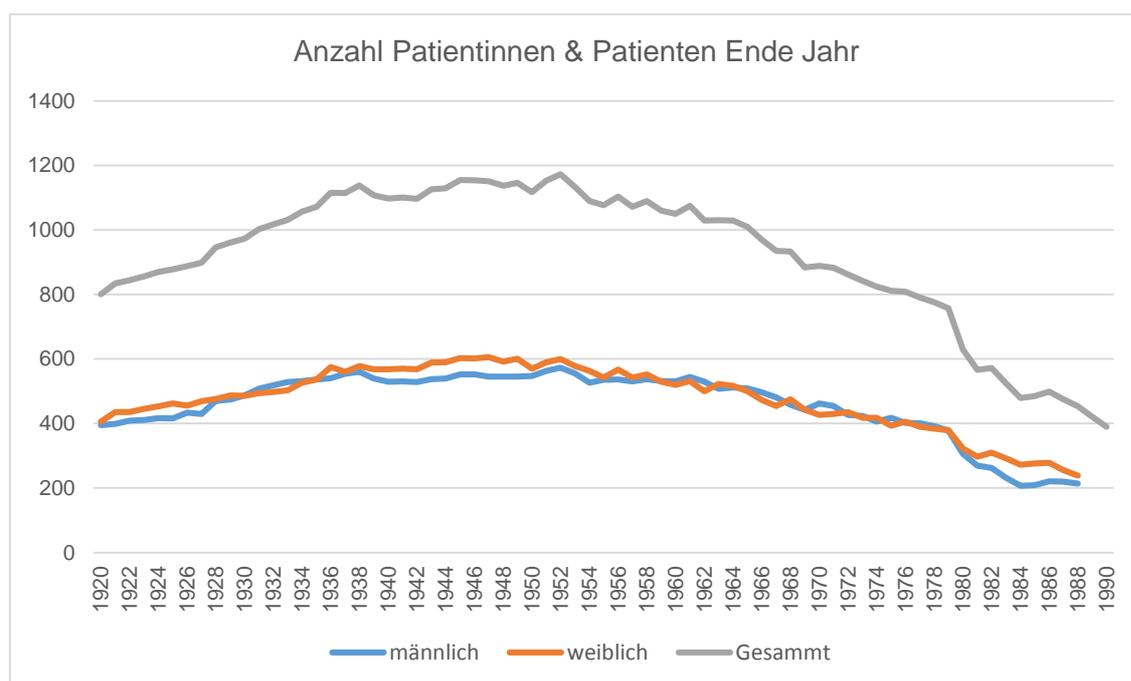


Abbildung 3. Anzahl Patientinnen & Patienten Ende Jahr. Sammelnachweis (1921-1991). Eigene Darstellung.

Für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten waren neben den Ärzten vorwiegend Pfleger angeestellt. Diese übernahmen die Arbeit, welche später die Sozialarbeitenden ausführen würden, so unsere Annahme. Zudem kamen mit der Einführung der aktiveren Krankheitsbehandlung zunehmend auch Ateliers und Werkstätten hinzu, welche ebenfalls geschultes Personal benötigten. Dies sind alles Annahmen, welche sich durch die Auseinandersetzung

mit der Thematik bilden. Zu den Personalstrukturen fanden sich in den frühen Jahresberichten leider keine Informationen.

Aufgrund von äusseren wie inneren Faktoren wurde die Anstalt auch immer wieder umgebaut und renoviert, wie oftmals in den Jahresberichten zu lesen ist. 1946 schreibt Müller über die Organisationsstruktur: „Die schon in den letzten Jahresberichten mehrfach erwähnten Unzuträglichkeiten in der gemeinsam Unterbring krimineller Begutachtungsfälle mit nichtkriminellen akuten Fällen auf der Aufnahmestation konnte im Verlaufe des Berichtsjahres einer Lösung näher gebracht werden. Die frühere Aufnahmestation wird in Zukunft gänzlich der Unterbringung von Untersuchungsgefangenen und administrativ verwahrten geisteskranken Kriminellen dienen, eine Lösung die wir im Interesse einer klaren Scheidung für zweckmässig halten.“ (Müller, 1947, S.48) Nach Ende des zweiten Weltkrieges versuchte die bernische Heil- und Pflegeanstalt Münsingen eine weitere Differenzierung bei Kranken im Hinblick auf die Trennung der Abteilungen einzuführen.

Häufig waren wir genötigt, die Aufnahme von alterskranken Frauen auch in dringenden Fällen abzuweisen, weil neben der regulären auch unsere, zum Teil sogar in den Korridoren aufgestellten Not-Betten besetzt waren. Dieser Zustrom einer bestimmten Erkrankungsform mag einen Hinweis bilden auf die Gründe unserer Überfüllung: einmal die Überalterung der Bevölkerung, ferner der Platzmangel in den Spitälern und Asylen für Unheilbare, schliesslich aber auch der allgemeine Mangel an Arbeitskräften (namentlich auf dem Land), der dazu führt, dass Kranke, die man früher zu Hause gepflegt hätte, nun hospitalisiert werden müssen, bringen es mit sich, dass diese Kategorie von Patienten, die in der Regel bis zu ihrem Tode nicht mehr entlassen werden können, sich in Heil- und Pflegeanstalten ansammelt. (Müller, 1949, S.52)

Wir gehen davon aus, dass Personen in dieser Zeit, um eine Familie ernähren zu können, auch in die Städte arbeiten gehen mussten. Aus diesem Grund resultierte jedoch ein Arbeitskräftemangel auf dem Land, wodurch zur Pflege von kranken Menschen keine Zeit mehr blieb. Es kann die Annahme getroffen werden, dass auch Frauen in den Arbeitsprozess integriert wurden und aus diesem Grund weniger die Möglichkeit hatten, die Verwandten zu Hause zu pflegen und zu betreuen.

1950 schrieb Max Müller: „Wohl hat es die Eröffnung eines Neubaus für erregte weibliche Kranke in der Nervenheilanstalt Meiringen erlaubt, im Laufe des Jahres 50 Patientinnen dorthin überzuführen, was für kurze Zeit eine wohltuende Entlastung bedeutete; zu Ende der

Berichtsperiode war aber der dadurch bedingte Platzgewinn schon längst durch Neuzugänge mehr als aufgeholt.“ (Müller, 1951, S.45)

Wir erkennen in der Statistik eine Erhöhung der Gesamtzahl der Hospitalisierten bei ungefähr gleichem Bestand an Patienten am Ende der Jahre zu dieser Zeit (siehe Abb. 2, S. 16). Ausschlaggebend dafür könnte die höhere Zahl an Begutachtungsfällen sein. Das wiederum zeigt, dass sich die Psychiatrie als wichtiger Pfeiler der Medizin etabliert hat und dass von vielen Ärzten und auch Privaten ein gewisses Vertrauen in diese herrschen musste.

6.6. Fürsorgearbeit 1920-1950

In der Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt in Münsingen waren zum Ende des Jahres 1920 801 Patienten hospitalisiert (siehe Abb. 3, S. 17). Die Gesamtzahl der Verpflegten betrug 983. Fürsorgerinnen oder Fürsorger waren zu der Zeit keine angestellt. Im Jahresbericht schreibt der damalige ärztliche Direktor, Dr. Ulrich Brauchli auch von der Arbeit mit Kranken ausserhalb der Anstalt in Familien: „Die Kranken werden von der Anstalt regelmässig besucht und, wenn dies aus diesem oder jenem Grund wünschenswert erscheinen sollte, in die Anstalt zurückverlegt, ohne dass weitere Formalitäten notwendig wären. Sie werden auch in der Familienpflege als Anstaltspfleglinge betrachtet.“ (Brauchli, 1920, S.21) Jedoch sei die Zahl der Patientinnen und Patienten bei Familien 1920 um die Hälfte zurückgegangen, so Brauchli weiter.

Zum Jahresabschluss 1923 waren 8 Patienten und 25 Patientinnen bei Familien ausserhalb der Anstalt untergebracht. Aus diesem Grund wurden ab 1925 wieder vermehrt Familienplätze gesucht. So wird im Jahresbericht festgehalten: „Es liegen immer eine ganze Reihe von Begehren für Aufnahme, namentlich von Frauen in häusliche Pflege, vor. Leider können wir diesen Gesuchen zum kleinsten Teil entsprechen, da Frauen, welche sich für diese Art der Verpflegung eignen, immer nur in kleiner Zahl vorhanden sind.“ (Brauchli, 1926, S. 24) Selbstverständlich könnten „nur ruhige Elemente in Frage kommen und gewöhnlich wird von den Gesuchstellern der Wunsch ausgesprochen, man möchte ihnen Kranke zur Verfügung stellen, die noch etwas arbeiten, die etwa mit der Aufsicht von Kindern und Ähnlichem vertraut werden können.“ (Brauchli, 1926, S. 24) Die Familienpflege erlaubte „eine Differenzierung der Unterbringungsformen“ (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007, S.71).

Die Familienpflege wird in den Schweizer Psychiatrien noch lange praktiziert, nimmt jedoch zunehmen ab.

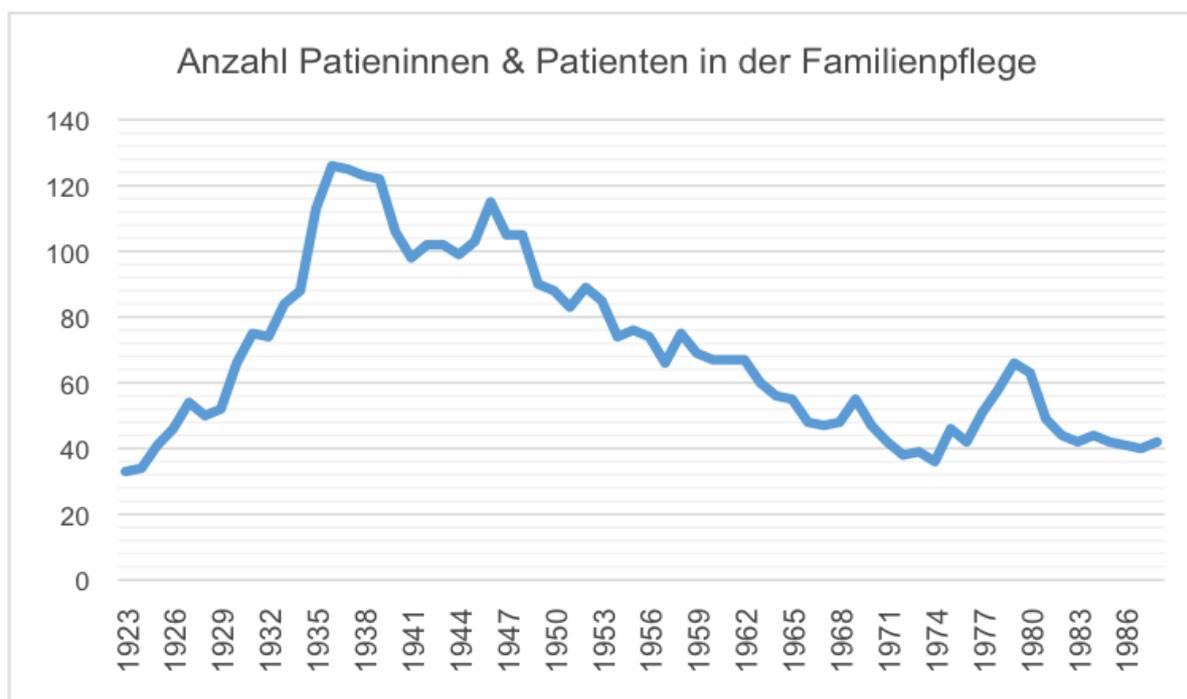


Abbildung 4. Anzahl Patientinnen & Patienten in der Familienpflege. Sammelnachweis aus Jahresberichten (191-1989). Eigene Darstellung.

In Münsingen gehört die Suche nach möglichen Familienplätzen später zu den Aufgaben der Fürsorgerin (Müller, 1950). In den Jahresberichten um 1920 kann diese Aufgabe nicht eindeutig einer Profession zugeordnet werden. Die Pflege der Kranken in Familien nahm bis 1946 zu und fehlte ab 1989 in den Jahresberichten. Es ist anzunehmen, dass in dieser Zeit vermehrt Institutionen eröffnet wurden, welche sich auf die Arbeit mit geistig Kranken, Personen mit Suchtproblematik oder Psychosen spezialisiert hatten und die Familienpflege aus diesem Grund ihre Wichtigkeit bei der Suche nach neuen Platzierungsmöglichkeiten verlor.

Wir gehen davon aus, dass um 1930 die erste Fürsorgerin in Münsingen eingestellt wurde. Ihre Aufgaben waren jene der ambulanten Nachbetreuung der in Familien platzierten Personen. Ein Indiz dafür ist, dass eine Zunahme der Pflegefamilienplätze ab 1934 stattgefunden hat (siehe Abb. 4). Durch die Sicherstellung der Nachbetreuung und der Akquirierung von neuen Familienplätzen konnten die Patienten somit schneller aus der Institution entlassen werden. Wir gehen in diesem Zusammenhang davon aus, dass es um 1930 noch nicht viele Heime im Kanton Bern gab, welche dieses Klientel aufnehmen konnte. Aus diesem Grund musste auf diese Form der Platzierung zurückgegriffen werden.

Auch später war die Fürsorgerin nur selten in der Anstalt anzutreffen. Sie wurde für externe Beratungen eingesetzt, als die Beratungsstellen in Interlaken und Thun von Münsingen aus bewirtschaftet wurden. 1949 kamen Beratungsstellen in Zweisimmen und Meiringen hinzu. (Müller, 1950)

Aus der Statistik zur Gesamtzahl der Hospitalisierten ist ersichtlich, dass im Jahr 1950 ein neuer Höchststand der Gesamtverpflegten vorhanden ist (siehe Abb. 2, S. 16). Die Fluktuation der Patientinnen und Patienten der Anstalt war hoch, die Austritte nahmen zu. Für viele austretende Personen musste eine Arbeit gefunden oder eine neue Wohnmöglichkeit gesucht werden. Aus diesem Grund ist es nicht erstaunlich, dass 1950 eine neue Fürsorgerin eingestellt wurde, sind doch die externen Beratungen und die Platzierungen eine schwierige Aufgabe für nur eine Fürsorgerin und über 800 austretende Patientinnen und Patienten. (siehe Abb. 2, S. 16) „Da die bisherige Fürsorgerin, die sowohl für den externen wie für den internen Dienst zu arbeiten hatte, überlastet war, wurde die Stelle einer zweiten Fürsorgerin bewilligt und mit Fräulein Erna Läderach besetzt. Damit ist nun eine saubere Trennung möglich, indem die eine Fürsorgerin ganz der Anstalt, die andere zur Hauptsache dem externen Dienst zur Verfügung stehen kann.“ (Müller, 1952, S. 49)

Hier kann die Annahme getroffen werden, dass die Organisation des Austrittes und die allfällige Platzierung nicht alleine die Aufgabe der beiden Fürsorgerinnen war, sondern dass auch Mitarbeitende der Pflege sich dieser Tätigkeit annahmen.

7. Psychopharmakologie 1950-1970

Die Geburtsstunde der Psychopharmakologie legen viele Wissenschaftler auf das Jahr 1952. Damals wurde die Wirkung des Chlorpromazin bei Halluzinationen und Wahnvorstellungen entdeckt und dieses Medikament fortan zu dessen Milderung eingesetzt. Dann überschlugen sich die Ereignisse. Innerhalb von zehn Jahren wurden die Grundlagen der Psychopharmaka gelegt, sie wurden in der Therapie eingesetzt und ihre Indikation genauer festgelegt. (Brückner, 2010)

Schliesslich wurde in den Jahren 1963-1964 demonstriert, dass Lithiumsalze, „deren anti-manische Wirkung bestätigt wurde, bei der Prophylaxe von manischen Psychosen sehr wertvoll sind“ (Herz, 1990, S.66). Die Praxis der stationären und ambulanten Behandlung verschiedener psychotischer Erkrankungen hat sich durch die Einführung dieser Medikamente als Therapieform entscheidend verändert, so unsere Annahme. Psychopharmaka wurden in der breiten Öffentlichkeit jedoch als „gefährliche“ und „obendrein nutzlose und entbehrliche Massnahme“ gesehen, da Psychopharmaka auch zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungen aufweisen können (Herz, 1990, S. 68).

7.1. Therapeutische Veränderungen 1950-1970

Albert Herz beschreibt, dass die Entdeckung der Psychopharmaka drei Konsequenzen hatte: Die erste war, dass sich die Praxis der Psychiatrie veränderte. Die Mehrheit der Kranken erhielt Medikamente, und die erzielten Verbesserungen waren ein wesentlicher Faktor der zunehmenden Veränderung der Krankenversorgung: Verringerung der Hospitalisierungsrate, Erweiterung der ambulanten Behandlung und der Aufbau von Resozialisierungseinrichtungen. Die zweite war eine Veränderung der Einstellung zur Psychiatrie seitens der Psychiater, der übrigen Mediziner und selbst der Öffentlichkeit. Die dritte Konsequenz war die „stürmische Entwicklung der Hirnforschung“ (Herz, 1990, S.69).

In Münsingen schrieb Hans Walther-Büel im Jahresbericht von 1954:

In der Krankenbehandlung wurde hinsichtlich Indikation zu körperlichen und psychotherapeutischen Massnahmen weitestgehende Individualisierung mit Berücksichtigung der Einstellung des Kranken, Vermeidung von Zwangsmassnahmen und weitere Förderung der Arbeitstherapie angestrebt. Neben der bisherigen Schlaf-, Insulin- und Elektroschockkuren und den seit einem Jahre eingeführten Largactibehandlungen wurde in ausgedehntem Masse das neue Mittel der Ciba Serpasil ausprobiert, das uns von der Firma in dankenswerter Weise und in beträchtlicher Menge zur Verfügung gestellt wurde und mit welchem wir ähnlich wie andere Heilanstalten, sehr beachtliche Erfolge erzielt haben, so dass das Medikament sich seinen Platz gesichert hat. Seine Anwendung besonders bei unruhigen und schwierigen Chronisch-kranken hat viel dazu beigetragen, dass die Fixation und Dauerbäder, auf welche bei einzelnen kranken der unruhigsten Abteilungen früher nicht hatte verzichtet werden können, bis auf sporadische Ausnahmen abgeschafft werden konnten. (Walther-Büel, 1955, S.48)

Gleichzeitig sei es auf den unruhigeren Abteilungen ruhiger geworden. Es ist schon in diesem Ausschnitt klar ersichtlich, welche immensen Auswirkungen die ersten Psychopharmaka auf die Arbeit in der Anstalt hatten. Dies widerspiegelt auch der folgende Ausschnitt aus dem Jahresbericht 1955, in welchem von der Wirkung der neuen Medikamente auf die Kranken geschrieben wird. Diese Einführung sei eine Neuerung, von der man sagen könne, „dass sie das Gepräge mancher Krankenstation völlig gewandelt und zuvor unruhige Abteilungen zu praktisch ruhigen gemacht haben. Es ist unzweifelhaft, dass diese neuen Medikamente den grössten praktischen Fortschritt der modernen Anstaltspsychiatrie darstellen, auch wenn oft nicht eine Heilung, sondern nur eine Symptombesserung herbeigeführt werden kann und

lange, allenfalls dauernde Darreichung zur Erhaltung des Effektes erforderlich sind“ (Müller, 1956, S.41).

Die Entwicklung der Pharmakologie schritt sehr schnell fort. So hielt Walther-Büel schon 1957 fest, dass sich „neue Medikamente zur Behandlung von Depressionszuständen als interessant erwiesen“ hätten. (Walther-Büel, 1958, S.49)

Jedoch wurde der Markt bald von verschiedensten Medikamenten überflutet, so dass „man sich nicht mehr entscheiden und ordnen kann, was nun nützlich sei. (...) Jedenfalls bleibt zu wünschen, dass der Psychiater immer noch mehr Seelenarzt als Pharmakotherapeut sein soll, wie wichtig auch die noch jung und immer komplexer werdende zweite Funktion sei.“ (Walther-Büel, 1958, S.42)

7.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1950-1970

Aus der Tatsache, dass unsere Heil-und Pflegeanstalten nach wie vor überfüllt sind, wird gefordert, die mit so viel Optimismus eingeführten körperlichen Behandlungsformen hätten gänzlich versagt. Eine solche, im ersten Augenblick bestechende Überlegung erweist sich bei näherer Betrachtung als falsch. Es wird nämlich übersehen, dass die Bevölkerung ständig wächst, ohne dass die für Geisteskranke zur Verfügung stehende Bettenzahl entsprechend erhöht wird. (Müller, 1952, S.54)

Hans Walther Büel findet in der Überalterung der Gesellschaft einen Grund für die ständige Überfüllung der Institution. Dies sei jedoch nicht der einzige Grund:

Das geflügelte Wort (Überalterung) deutet an sich eine Abweichung von einer Norm an. An dieser ist paradoxerweise die Medizin selber schuld. Es ist dies indessen nur ein Beispiel unter vielen andern, wie medizinischer Fortschritt neue Krankheiten fördern oder sogar erzeugen kann. Nicht umsonst strebt die Geriatrie nicht in erster Linie Verlängerung des Lebens, sondern Gesunderhaltung in hohes Alter hinein an. Auch in der Psychiatrie ist die Beschäftigung mit den alten Kranken seit einigen Jahren in vollem Gange. Es werden mit Recht geriatrische Abteilungen gefordert. (Walther-Büel, 1960, S.49)

Die Anstaltspsychiatrie sah sich durch gesellschaftliche Veränderungen gezwungen, ihr Angebot anzupassen. Neben therapeutischen Veränderungen kamen auch gesellschaftliche Aspekte wie das steigende Alter hinzu. Als problematisch wurde diese Gegebenheit nicht verstanden, es mussten jedoch Angebote geschaffen werden, welche der Klientel dienlich

waren und die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führte, so die Annahme der Autorin und des Autors.

In Münsingen schrieb Hans Walther-Büel 1961:

Eine Grunderscheinung der heutigen Anstaltspsychiatrie, deren tiefer Wurzeln freilich mit der Befreiung der Irren von den Ketten und Humanisierung der Lebensbedingungen für die Kranken in den Anstalten in die Anfänge des 19. Jahrhunderts zurückreichen, die mit der klassisch gewordenen ‚aktiveren Krankenbehandlung‘ durch systematische Arbeit einen mächtigen Impuls erfuhr, die in den Ausbildungsbestrebungen für das Pflegepersonal in den letzten 40 Jahren eine immer differenziertere Grundlage fand und die im letzten Jahrzehnt im Zusammenhang mit der Entwicklung einer immer vielseitiger und komplizierteren, der inneren Medizin mehr und mehr gleichenden Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen wesentlich erleichtert und gefördert wurde, ist die Herstellung und Aufrechterhaltung eines regen Kontaktes der Anstalt und ihrer Kranken mit der Aussenwelt und den Angehörigen. (Walther-Büel, 1962, S.43)

So wird schon 1962 eine freiheitlichere Anstaltsführung gefordert (Walther-Büel, 1963). Im Jahresbericht wird denn auch vermerkt, dass viele Begutachtungen auch freiwillig gemacht würden. So erreichen die Aufnahmeziffern Höchstmasse (siehe Abb. 3, S. 17). Trotz der therapeutischen und medizinischen Fortschritte sei aber auch die Zahl der „chronischen Fälle“ (Walther-Büel, 1964, S.46) gestiegen. Aufgrund der steigenden Zahlen von chronisch Kranken müssten nun jedoch mehr Pflege- und Altenheime, geschützte Werkstätten und Tagesateliers errichtet werden.

Man rechnet ja im allgemeinen mit einem langsamen Rückgang des Bedarfes an psychiatrischen Spitalbetten im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, wobei man sich vorstellt, dass vor allem auch dezentralisierte andere Einrichtungen wie geschützte Werkstätten, Polikliniken, Tages- und Nachtheime und anderes mehr geschaffen werden müssten, welche die sozialen Kontakte der Patienten nicht so radikal unterbrechen würde, wie dies der Eintritt in das meist auch abseits liegende psychiatrische Spital mit sich bringt. Sollte die Entwicklung in Zukunft eindeutig so verlaufen, wie sich bei uns im Berichtsjahr angekündigt hat, so müsste dies auf die psychiatrische Spitalplanung erhebliche Auswirkungen haben. (Wyss, 1968, S.48)

7.3. Politische Einflüsse 1950-1970

Aus den Jahresberichten ist nicht ersichtlich, inwieweit der Kanton Bern die Schaffung neuer Angebote wie Heime und Tagesstätten vorantrieb. Die grossen Heimstätten Bärau wurden aber in den 1960er Jahren erheblich vergrössert. (Geschichte der Heimstätte Bärau, n.d.) Der Kanton kam in finanzielle Engpässe, da das Angebot im psychiatrischen Bereich und dort im Bereich der Nachbetreuung vergrössert werden musste. Dies beschreibt der ärztliche Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Münsingen Rudolf Wyss folgendermassen:

Im Berichtsjahr hat sich für die Verantwortlichen der bernischen psychiatrischen Krankenpflege der Himmel, der vorher einige Lichtblicke bot, beängstigend verdüstert: Der Staat geriet in Folge der allenthalben wachsenden Bedürfnisse in finanzielle Bedrängnis. Wir fürchten, dass die psychiatrischen Spitäler in der nun zu erstellenden Rangfolge der Dringlichkeit ‚unter ferner liefen‘ eingereiht bleiben werden; gleichzeitig hoffen wir, der Gesundheitsdirektion, welche die Nöte klar erkannt hat, werde das Unmögliche gelingen, nämlich den Staat Bern in dieser Hinsicht aus dem Bereich der Unterentwicklung hinauszuführen. (Wyss, 1966, S.43)

Die Verordnung der neuen Kostgelder, welche am 1. Januar 1967 in Kraft trat, linderte diese Problem anscheinend nur bedingt. So hätte die Verordnung eine „spürbare Erhöhung der Kostgeldereinnahmen“ gebracht, jedoch hätte sie „durch den Einschluss der Medikamente etc., einen Ausfall auf verschiedenen Einnahmekonten zur Folge“ (Wyss, 1968, S.44).

7.4. Öffentlichkeitsarbeit 1950-1970

Walther-Büel schreibt 1961 von einer Öffnung der Anstalt, dass der Verkehr mit Autos besser erschlossen sei, so dass Besuche öfter gemacht würden. Man habe mehr Platz, könne sich auf dem Areal „vertun“. „Mit Vorträgen in der Öffentlichkeit suchen Ärzte Verständnis für seelisch Kranke und die Anstalt zu wecken. Nicht selten sind Anstaltsbesuche interessierter Kreise und Vereine“ (Walther-Büel, 1962, S.45). Alle diese Umstände würden dazu beitragen, psychiatrische Anstalt und psychisch Kranke nicht mehr von der Umwelt zu isolieren, sondern in dieser einzugliedern. „Man geht viel mehr auf die einzelnen Kranken und auf die Mitwirkung der Angehörigen ein, letztere werden nicht selten mehr oder weniger mitbehandelt oder intensiv im Behandlungsplan eingespannt. Die freiere, auf Vertrauen aufbauende Betreuung seelisch Kranker erfordert viel mehr Einsatz und Bemühung als ein Regime von Zwang und Disziplin. Es stellen sich immer wieder Grenzprobleme, wo Freiheit in Zügellosigkeit überborden will und die Zügel gestrafft werden müssen“ (Walther-Büel, 1962, S.45).

Wir erkennen in diesen Ausführungen, dass die Psychiatrische Klinik Münsingen öffentlich zugänglicher gemacht werden soll. Das ist auch wichtig, wenn die Kritiken bedenkt werden, welche sich an der Einschliessung und Entsozialisierung der Kranken von Seiten der aufkommenden antipsychiatrischen Bewegung enervieren (Bosshard, Ebert, Lazarus, 2013). Die Thematik der Anti-Psychiatrie wird im Kapitel 8.2.1. eingehender beschrieben. Diese Art der Einbindung der Öffentlichkeit könnte einer der Schlüssel sein, weshalb die Stimmen der Psychiatriekritiker wohl wahrgenommen, jedoch nicht zu einer Verschlechterung des Bildes der Öffentlichkeit gegenüber den Psychiatrien in der Schweiz hatte, so unsere Annahme.

7.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1950-1970

Wie in Kapitel 7.1 bereits beschrieben, mussten sich die Psychiatrien gewissen Gegebenheiten anpassen. Eine dieser Anpassungen war der Ausbau der Anstalt in spezifisch auf Krankheitsbilder angepasste Stationen. „Als hervorstechende Erinnerung an das abgelaufene Jahr sind die mehrmals und in verschiedenen Variationen in der Öffentlichkeit erschienen Kritiken an den baulichen Zuständen und Einrichtungen in den bernischen Heilanstalten zu erwähnen.“ (Wyss, 1966, S.49)

Aber auch sonst mussten Neuerungen gemacht werden. Diese Anpassungen kamen bestimmt auch durch die neuen Therapieformen zu Stande. Eine immer wiederkehrende Forderung nach zusätzlichen finanziellen Mitteln, um diese Anpassungen vornehmen zu können, fanden sich in den Jahresberichten immer wieder.

So schreibt Hans Walther-Büel 1954, einige der Abteilungen seien alltagstauglich hergerichtet, jedoch fehle es aus finanziellen Gründen in verschiedenen Abteilungen an Bauten, bauliche Mängel seien ersichtlich und müssten nun dringendst behoben werden.

Diese baulichen Desiderata aufzeigend, wollen wir uns Behörden und Volk für alles bisherige Verständnis und Geleistete dankbar erweisen und doch die Gewissheit aussprechen, es werde auch den neuen Aufgaben wohlwollende Aufmerksamkeit entgegengebracht werden, und zwar nicht im Sturmschritt, aber in stetem, bedächtigen Lauf eine schrittweise Verwirklichung der dargelegten Anliegen zustandekommen. An Verständnis fehlt es nicht, wie sich der Unterzeichnende bei verschiedenen Besuchen von Kommissionen oder Behördenmitgliedern stets wieder überzeugen konnte. (Walther-Büel, 1956, S.48)

„Baulich gediehen die Projekte der Renovation der Männerabteilung 7 und der Erstellung eines Bettenaufzuges in der Frauenabteilung 4 soweit, dass der Grosse Rat im Herbst über

die entsprechenden Kredite verhandeln konnte. Kurz nach Jahresende hat das Bernervolk die Vorlage mit beträchtlichem Kostenaufwand von 1.4 Mio Franken gutgeheissen“, schreibt Walther-Büel schon zwei Jahre später. (Walther-Büel, 1958, S.47)

An einem Beispiel zeigt Dr. Rudolf Wyss 1966 die Problematik der Grösse der Institution mit dem Vergleich einer kleineren psychiatrischen Anstalt in der Schweiz auf: „Damit ist auch die Behauptung widerlegt, unsere Anstalten könnten wegen ihrer Grösse überhaupt nicht leistungsfähig sein; sie wären allerdings noch leistungsfähiger, wenn sie neben mehr Raum auch mehr Ärzte, Pflegepersonal, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten hätten.“ (Wyss, 1967, S.53) Dass es vor allem auf den letzten Faktor, die ärztlich-pflegerisch tätigen Menschen ankommt, und nicht auf die absolute Grösse des Spitals, zeigt ein Vergleich, welcher Dr. Hans Walther-Büel 1963 macht. Er kritisiert dabei die Grösse der Institution, welche so nicht mehr anpassungsfähig sei. (Walther-Büel, 1964)

Zu Erkennen sind in den Jahren 1950 – 1970 zwei Dinge. Auf der einen Seite nimmt die Anzahl Patienten Ende Jahr stetig ab, auf der anderen Seite steigt die Gesamtzahl der Hospitalisierten um 1950 an und verweilt dann ungefähr gleichbleibend bis um 1970 (siehe Abb. 3, S. 17). Diese beiden Phänomene können verschiedene Gründe haben. Die Patientenzahl Ende Jahr nimmt ab, weil die Psychiatrische Klinik in Münsingen darauf bedacht ist, die Bettenzahl zu minimieren. Auf das Phänomen der Grösse und der damit einhergehenden Funktionsfähigkeit einer solchen Institution geht Rudolf Wyss 1966 im Jahresbericht ein. Durch die Spezialisierung und Trennung der Kranken aufgrund der ersichtlichen Krankheitsbilder könne die Institution zwei Schritte in einem vornehmen. Schon im Jahresbericht 1964 wird davon geschrieben, eine Satellitenanstalt zu gründen, mit 300 Betten, eingeteilt in Abteilungen von 24-36 Betten. Auch ist von sozialen Räumlichkeiten wie Café, Laden und Begegnungszentrum die Rede. (Wyss, 1965)

7.6. Fürsorgearbeit 1950-1970

Erste Sozialarbeitende werden erst ab 1970 in Bern ausgebildet. (Wyssen-Kaufmann, 2005) Aus den Jahresberichten kann nicht geschlossen werden, wie viele Fürsorger oder Fürsorgerinnen in der Zeit zwischen 1950 und 1970 in der Klinik arbeiteten. Es besteht jedoch die Annahme, dass die Klinik darauf angewiesen war, die Patienten angemessen platzieren zu können oder mit ihnen ihre jeweilige Arbeitssituation zu erörtern.

In der Psychiatrischen Klinik in Münsingen wird im Rahmen des Jahresberichts von 1962 die Arbeit der Fürsorger mit alkoholkranken Patienten hervorgehoben. „Ein Dank gebührt an dieser Stelle gerade auf dem Gebiet des Alkoholismus der unschätzbaren Hilfe und Arbeit der Fürsorger.“ (Walther-Büel, 1963, S.43) Weiter wird von der Arbeit der Fürsorger und Fürsorgerinnen geschrieben: „Die Verschiebung vermehrter Aufnahmen und Früherkennung von

Alkoholproblemen ist vor allem dem hingebungsvollen Einsatz der Fürsorger zuzuschreiben, die einen sehr regen Kontakt mit der Anstalt pflegen, für frühe Entlassung, Aufklärung und Behandlung eintreten, in der Gruppentherapie mitwirken und bei der Wiedereingliederung und Sanierung trunksuchtsfördernder Milieus mithelfen“ (Walther-Büel, 1963, S.43).

Es ist immer klarer ersichtlich, welche Funktion und Auftrag eines künftigen Sozialdienstes sein wird. Eine unterstützende Funktion in Gruppentherapien sowie vermehrt Platzierungen und Abklärungen von Arbeitssituationen würden so die Arbeit Sozialarbeitender beinhalten. Ein weiterer Faktor war sicher die Entdeckung der Psychopharmaka. Durch diese therapeutische Neuerung konnten gezielte Wohn- oder Arbeitsformen gesucht werden, auch aus dem Grund, dass neue Angebote geschaffen wurden. Auch waren neue Möglichkeiten offen. Es wäre spannend, in Erfahrung zu bringen, inwieweit Wohnheime und andere Anschlusslösungen in dieser Zeit gegründet und errichtet wurden. Auch interessant zu sehen wäre es, wie die Arbeit gegliedert war, ob ein Sozialarbeiter auf einer Station fest gearbeitet hat oder die Klienten bei Eintritt einem Sozialarbeiter zugewiesen wurden und dieser den Klienten während der Aufenthaltszeit begleitet hat. Auch wäre es interessant zu wissen, ob nach dem Austritt Klienten auch weiter sozialarbeiterisch unterstützt wurden.

Weiter wäre die gesamte ambulante Arbeit von Sozialarbeitenden spannend in Erfahrung zu bringen und auch, ob sie bei der Öffentlichkeitsarbeit der Institution mitgearbeitet haben.

8. Sozialpsychiatrie 1970-1990

Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus beschreiben 2013, wie die Sozialpsychiatrie in Deutschland als Reformbewegung entstanden ist. 1970 kamen in Mannheim erstmalig Psychiatriemitarbeiter aus allen Berufsgruppen zusammen, um sich über die damals menschenunwürdigen Verhältnisse in den Anstalten auszutauschen und mögliche Reformen anzustossen. In England sei die „social psychiatry“ damals bereits gelehrt und praktiziert worden. In Deutschland wurde erst nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1970 die Reform der Sozialpsychiatrie in Gang gesetzt. „Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind in ihr als Berufsgruppe stark vertreten.“ (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 41). Marianne Bosshard beschrieb zudem ein wachsendes Bewusstsein über die biopsychosoziale Ganzheit sowie über die Wechselwirkung von psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemlagen. Auch Andreas Knoll brachte 2000 die Psychiatrie-Enquete und die Etablierung Sozialarbeitender innerhalb der Psychiatrien in einen direkten Zusammenhang. Indem er beschrieb, dass in der Psychiatrie-Enquete gefordert wurde, dass Sozialarbeitende vermehrt in die Arbeitsabläufe der Kliniken eingebunden werden. Das Tätigkeitsfeld von Sozialarbeitenden solle über administrative Hilfsfunktionen und sozialfür-

sorgerische Massnahmen hinausgehen. Sozialarbeitende wurden als eine Berufsgruppe verstanden, die Patienten aktiv in die Auseinandersetzung mit den psychologischen und sozialen Gegebenheiten ihrer Situation miteinbeziehen könne. (Knoll, 2000)

In Bezug auf die Psychiatrische Klinik Münsingen wird im folgenden Kapitel oftmals von der Dezentralisierung gesprochen. In diesem Zusammenhang ist die sogenannte ‚Gemeindepsychiatrie‘ als Gegenmodell der Anstaltspsychiatrie zu nennen. Dieser Ansatz ist äusserst gut mit der Sozialpsychiatrie zu vereinbaren. Die Verantwortung für die psychisch kranken Personen sollte wieder dorthin verlagert werden, wo die Krankheit entstanden ist. Entscheidend in der Arbeit mit psychisch Kranken sei auch bei diesem Ansatz der soziale Kontext. (Bosshard et al., 2013)

8.1. Therapeutische Veränderungen 1970-1990

Anfang der 1970er Jahre wurden die meisten Patienten als schizophren oder depressiv diagnostiziert. Die Diagnose „Psychopatische Trunksucht“ nahm zu wobei die Diagnose „Psychopatische Entwicklung“ abnahm (Jahresbericht, 1970, S. 41ff; Jahresbericht, 1971, S.39ff; Jahresbericht, 1972, S. 37ff). 1973 wurde in Münsingen ein Klassifikationssystem eingeführt, das sogenannte EDV. Die Diagnose Schizophrenie war anschliessend mit Abstand die meist gestellte. Alkoholismus, affektive Psychosen und Persönlichkeitsstörungen wurden ebenfalls in vielen Patienten diagnostiziert (Jahresbericht, 1973). Laut der Statistiken, die in den Jahresberichten enthalten sind, erhielten auch in den 1980er Jahren mit Abstand die meisten hospitalisierten Patienten in der Psychiatrischen Klinik Münsingen nach den Klassifikationssystemen EDV – beziehungsweise im Laufe der Zeit nach ICD 9 – die Diagnose einer schizophrenen Psychose. Ebenfalls wurden oft die Diagnosen des Alkoholismus sowie die einer affektiven Psychose gestellt.

Auch therapeutische Veränderungen sind in den Jahresberichten enthalten. 1972 wurde hervorgehoben, dass die Behandlung von depressiven Patienten durch Schlafentzug gleichzeitig wirksam und sicherlich unschädlich sei. Bei der Therapie ging es darum, die Patienten während einer einzigen Nacht wach zu halten. Die Besserung oder gar Heilung hätte sich am folgenden Tag gezeigt und sei durch verschriebene antidepressive Medikamente gefördert oder gesichert worden, so der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss.

Die Renovationsarbeiten in den 1970er Jahren und der dadurch entstandene Platzmangel haben dazu geführt, dass über 50 Langzeitpatienten in die Heimstätte platziert wurden. Der Wechsel des Lebensraumes hat für die 58 Patienten einen eindrücklichen Wandel herbeigeführt.

Hochinteressant sind die Erfahrungen mit den 58 grossenteils schwerst chronischen betreuungsbedürftigen Patienten in dem prächtigen Neubau der Bärau: Nach etlichen Anlaufschwierigkeiten entwickeln sich diese Kranken unter den so viel besseren Lebensbedingungen der Bärau in einem völlig offenen Haus in nie geahntem Ausmass zu einer selbständigen, unter sich hilfsbereiten Gruppe, von der neun auswärts in einer geschützten Werkstatt gute Arbeit und einen entsprechenden Lohn verdienen. Wir haben eh und je darauf hingewiesen, dass Chronifizierung und Hospitalismus in veralteten und überfüllten Psychiatriespitälern fast zwangsläufig einen Teil der Kranken befallen müssen -, hier ist der Beweis mit umgekehrten Vorzeichen mit Händen zu greifen. (Wyss, 1974, S. 39)

Auch die im Folgenden geschilderte Wahrnehmung des Klinikdirektors Dr. Rudolf Wyss ist nicht nur in Bezug auf Therapieformen, sondern auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bezogen, interessant: „Klinische psychiatrische Therapie geschieht (...) in erster Linie durch das Pflegepersonal, das mit dem Kranken zusammen lebt und so die Welt gestaltet, die dem ‚Ver-Rückten‘ ermöglicht, wieder in das Gemeinsame zurückzufinden. (...) Je differenzierter und individueller und damit personalaufwendiger sie ist, desto wirksamer wird sie; wenn so aber der Spitalaufenthalt verkürzt und die Rückfälle hintangehalten werden können, wird die Therapie gesamtwirtschaftlich trotzdem immer deutlicher zu Buche schlagen müssen.“ (Wyss, 1976, S. 41)

Verwalter Gurtner schreibt, dass ein Wachsaal in drei Schlafräume unterteilt wurde. (Gurtner, 1979) Dies könnte einen Zusammenhang damit haben, dass den Patientinnen und Patienten mehr Privatsphäre zugesprochen wurde, so unsere Vermutung.

Im Jahresbericht 1978 wurde beschrieben, dass verschiedene Formen der Gruppentherapie aufgebaut wurden. Insbesondere in der Arbeit mit Behinderten seien auch musische Behandlungsformen sowie Spieltherapie eingeführt worden. (Wyss, 1979)

Immer noch sei die Behandlung von psychiatrischen Alterskranken eine grosse Schwierigkeit. Die Psychiatrische Klinik verfüge nämlich nicht über genügend Betten, um die älteren Kranken aufzunehmen. Der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss forderte darum die Gesundheitsdirektion auf, die überzähligen Akutbetten in den Allgemeinspitälern zu belegen. „Es müsste allerdings dann auch in dem Sinne ein Umdenken erfolgen, als erkannt wird, die Pflege Alterskranker sei keine mindere Sache.“ (Wyss, 1980, S. 56) Auch 1983 tritt wiederholt die Kritik auf den Plan, dass es zu wenig Angebote für gerontopsychiatrische Kranke gäbe. Die Psychiatrische Klinik Münsingen müsse Kranke abweisen, dies wurde „(. . .) auch von uns als stossend empfunden und doch häufig unvermeidbar, um als Klinik für psychisch Kranke

überleben zu können und nicht gewaltsam zu einem Alterspflegeheim umfunktioniert zu werden (. . .)“ (Menzi, 1984, S. 101).

Im Folgenden werden verschiedene Standpunkte geschildert, die aufzeigen sollen, mit welcher Einstellung die Psychiatrische Klinik Münsingen als Institution therapeutischen Veränderungen oder Neuerung gegenüberstand. Die damalige Oberschwester, Therese Bettler, sowie der Oberpfleger, Fritz Walther, hielten Folgendes fest: „Nicht nur die Auffassung, wie die klinische Psychiatrie praktiziert werden soll, ist von Klinik zu Klinik recht unterschiedlich, auch als Wissenschaft in Bezug auf Ursachentheorie und Behandlung von psychischen Erkrankungen ist man u.E. zurzeit auffallend uneinig. Der Tradition unserer Klinik treu bleibend, folgen wir nicht kritiklos jedem Modetrend, sondern lassen uns weiterhin von der Devise leiten: Offensein für Neuerungen – Altbewährtes erhalten.“ (Bettler & Walther, 1981, S. 46) Auch der Klinikdirektor Dr. Waldemar Menzi nimmt folgendermassen Stellung zur Thematik der therapeutischen Neuerungen: „Eine abseits stehende Fachdisziplin der Medizin war in einer Epoche des sozialreformerischen Umbruchs und des ‚Psychobooms‘ unversehens zum Experimentierfeld geworden, auf dem der psychisch Kranke als Objekt gesundheitspolitischer Planung eingesetzt und ins Streitgespräch psychiatrischer Antithesen geraten war.“ (Menzi, 1983, S. 87). Dr. Rolf Thalmann beschreibt, dass die Flut moderner therapeutischer Konzepte die Gefahr mit sich bringt, dass die jungen Kollegen ihre eigenen Grenzen sowie die Möglichkeiten der Heilung überschätzten (Thalmann, 1983).

Ein neueröffneter Budgetkredit wird ab 1984 für sozialtherapeutische Aktivitäten von ausschliesslich Langzeitpatienten eingesetzt (Menzi, 1985). Dr. Waldemar Menzi beschrieb 1985 ein verbreitetes Unbehagen „(. . .) über esoterische psychiatrische Argumentationsgebäude, in welche nur noch Zutritt hat, wem die Weihe spekulativer Konstrukte der Selbst- und Ich-Psychologie zuteilwurde. Derartige Entwicklungen führen die Psychiatrie noch mehr ins Abseits und verunmöglichen interdisziplinäre Kontakte.“ (Menzi, 1986, S. 92)

Auch sozialpsychiatrischen Neuerungen gegenüber war der Klinikdirektor Dr. Waldemar Menzi kritisch eingestellt:

Sicher ist der vermehrte Einbezug der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes in den Behandlungsplan nicht unnützlich; hier wie andernorts ist aber missionarischer Enthusiasmus nicht am Platze, und ebenso verstiegen ist der Rückgriff auf die ins Kosmische ausgreifenden Systemtheorien. Verhaltenstherapeutische und unter ihnen auch die sogenannten kognitiven Therapieverfahren gewinnen an Gewicht und haben die vermehrte Integration von Psychologen ins medizinische Team zur Folge. Dass davon ein Gewinn auch für den behandlungsbedürftigen Patienten abfallen wird, bleibt wenigstens zu hoffen. (Menzi, 1985, S. 93)

8.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1970-1990

Im vorliegenden Kapitel über die gesellschaftlichen Einflüsse werden drei Thematiken herausgefiltert. Einleitend werden kurz die verschiedenen Themengebiete vorgestellt, vertiefter beschrieben und nachgewiesen werden diese jedoch erst im jeweiligen Kapitel. Der Einfluss der Anti-Psychiatrie und die Auswirkungen der Kritik auf die Psychiatrische Klinik Münsingen werden im ersten Unterkapitel aufgegriffen. Zudem wird die Internierung von psychisch kranken Straftätern in Münsingen thematisiert. Der dritte gesellschaftliche Einfluss ist jener der Diskriminierung gegenüber psychisch Kranken, welcher sich auch auf die Angehörigen der jeweils Kranken auswirkte.

8.2.1. Anti-Psychiatrie

David Cooper veröffentlichte 1967 das Buch *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* und war damit der Begründer der sogenannten Antipsychiatrie. David Cooper untersuchte zum einen die bestehenden Verhältnisse in den psychiatrischen Institutionen und befasste sich zum anderen mit alternativen Behandlungsmöglichkeiten. „Vor allem hat mich die Frage der Gewalt in der Psychiatrie beschäftigt; ich bin zu dem Schluss gekommen, dass vielleicht die auffallendste Form von Gewalt in der Psychiatrie nichts anderes ist als die Gewalt *der* Psychiatrie, insofern diese Disziplin es sich angelegen sein lässt, auf ihre abgestempelten Patienten die subtile Gewalt der Gesellschaft abzulenken und zu konzentrieren, die sie nur allzuoft für und gegen diese Patienten repräsentiert.“ (Cooper, 1967, S. 10ff) David Cooper verurteilte Elektroschocktherapien ebenso wie neurochirurgisch durchgeführte Eingriffe und plädierte einen sozialpsychiatrischen Ansatz, der die familiären und milieuspezifischen Umstände, in denen eine psychisch erkrankte Person lebt, mit in die Behandlung einbeziehen.

In der Psychiatrischen Klinik Münsingen wurde diese Form der Kritik an der Institution der Psychiatrie wie folgt aufgenommen: „Es gibt eben bisher, trotz aller ideologischer Behauptungen, noch keine tauglichen Alternativen, um die Hospitalisation in allen Fällen zu vermeiden.“ (Wyss, 1977, S. 44) Somit habe die Psychiatrie eben doch ihre Legitimation und an eine radikale Verkleinerung oder gar Abschaffung der Psychiatrischen Kliniken sei nicht zu denken. Jedoch ist im Verlauf der 1970er Jahre ein Teil der Kritik vom Klinikdirektor aufgenommen und diskutiert worden:

Das Grundsätzliche ist, auch wenn es immer wieder ideologisch kritisiert und angegriffen wird, dem Einsichtigen wohl klar und darf auf jeden Fall nicht nur gegenideologisch verteidigt werden. Wir wissen nämlich, dass in der Psychiatrie, die es ja mit dem Menschen und nicht einem naturwissenschaftlich-technisch zu bewältigenden ‚Objekt‘ zu tun hat, jeder, der sich des Menschen um sicher selbst willen annimmt immer ein Stück weit auf seine Weise recht

hat. Kritik und Angriff sind deshalb, auch wenn sie als Heilslehre nicht mehr wissenschaftlich diskutiert, sondern nur noch geglaubt werden könne, ernst und als Anlass zur kritischen Besinnung zu nehmen. Dies mag manchmal mühsam sein, namentlich wenn die Ideologie uns in der Person sympathischer junger Mitarbeiter oder namentlich Studenten, begegnen (...). (Wyss, 1978, S. 42)

Die Psychiatrische Klinik Münsingen wurde Ende der 1970er Jahre durch einen Entscheid der damaligen Gesundheitsdirektion auf 600 Betten redimensioniert. Ziel war eine sozialpsychiatrische Dezentralisierung. Die Thematik wird im nachfolgenden Kapitel noch einmal aufgegriffen und vertiefter diskutiert. An dieser Stelle wird jedoch dem Kommentar des Klinikdirektors Dr. Rudolf Wyss zur politischen Neuerung eine Plattform gegeben: „Aus unserer Überzeugung hat auch der Staat keinen Grund mehr, sich zu schämen, auch nicht darüber, dass eben doch noch 600 Patienten in einer seiner psychiatrischen Kliniken sein werden. Es ist ein durch keinerlei Tatsachen belegtes ideologisches Vorurteil, ausgerechnet im Bereich der psychischen Erkrankungen sei die Hospitalisierung in jedem Falle vermeidbar oder gar schädlich, und eine psychiatrische Klinik könne nur dann ‚gut‘ sein, wenn sie nicht mehr als 300 Kranke zu betreuen habe.“ (Wyss, 1980, S. 45) Im Jahre 1982 trat Dr. Rudolf Wyss nach zwanzig Jahren als Klinikdirektor in Münsingen in den Ruhestand. Dr. Rudolf Wyss habe in seiner Amtszeit mit Umwälzungen und Anfechtungen der Psychiatrie als Institution zu kämpfen gehabt. (Menzi, 1983)

8.2.2. Grenzziehung zwischen Strafvollzug und Psychiatrie

Die Idee eine Abteilung für Strafgefangene mit psychischer Krankheit innerhalb der Psychiatrischen Klinik Münsingen zu schaffen wurde als Rückschritt gewertet (Menzi, 1985). In der Geschichte der Psychiatrie war diese Grenze zwischen psychisch Kranken und Straftätern tatsächlich nicht dagewesen. Michel Foucault beschreibt die Internierungspraktiken des Staates während der Zeit der französischen Klassik. Folgendes Zitat von Michel Foucault zeigt eindrücklich, wie die Grenze zwischen Delinquenten und psychisch Erkrankten durch den Begriff der *Tollheit* verschwand: „Jemand einzuschliessen, von dem man sagt, dass er ‚toll‘ sei, und ohne präzisieren zu müssen, ob er krank oder ein Verbrecher ist, darin liegt eine der Kräfte, die die klassische Vernunft sich selbst in der Erfahrung, die sie mit der Unvernunft gemacht hat, gegeben hat.“ (Foucault, 2013, S. 100) Zur Illustration des Phänomens wird ein weiteres Zitat angefügt. „Wir überlassen es der medizinischen Archäologie zu entscheiden, ob ein Mann krank, kriminell, irre war oder nicht (. . .)“ (Foucault, 2013, S. 99)

In Bezug auf diesen historischen Hintergrund war die Kontroverse zwischen der bernischen Psychiatrie und Strafjustiz im Jahre 1984 hoch spannend. Dr. Waldemar Menzi beschrieb, wie diskutiert wurde, ob es notwendig und, oder wünschbar sei eine Abteilung eigens für psychisch auffällige Strafgefangene in der Psychiatrischen Klinik Münsingen einzurichten. Auch von der Presse wurde diese Diskussion aufgenommen. Die bernischen Psychiater und praktizierenden Psychotherapeuten stellten sich geschlossen gegen die Einführung einer derartigen Abteilung. Sie sahen in einer solchen Institutionalisierung einen Rückschritt und eine Fehlentwicklung, „welche die Grenze zwischen Patient und Delinquent, zwischen Klinik und Gefängnis, zwischen psychiatrischer Therapie und Strafvollzug zu verwischen droht“. (Menzi, 1985, S. 95) Gleichzeitig versicherte der Klinikdirektor Dr. Waldemar Menzi 1984, dass er sich der Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihren berechtigten Sicherheitsansprüchen bewusst sei und in Einzelfällen von psychisch kranken Straftätern zur Zusammenarbeit mit den Strafvollzugsbehörden bereit war und weiterhin sein wird.

8.2.3. Diskriminierung der psychisch Kranken

Im Jahre 1971 machte der damalige Klinikdirektor die Beobachtung, dass psychisch Kranke gegenüber Kranken mit somatischen Leiden durch die Krankenkassen diskriminiert worden seien. Die Krankenkassen seien im Jahre 1971 noch nicht lange durch gesetzliche Bestimmungen dazu verpflichtet gewesen, auch für psychisch Kranke Leistungen zu erbringen. Trotz dieser gesetzlichen Regelung hätten Patienten, die in der psychiatrischen Klinik hospitalisiert waren, nur den halben versicherten Betrag erhalten, den sie als „Spitalzusatz“ einzahlten. (Wyss, 1972, S. 43)

Nicht nur durch die Krankenkassenleistungen seien psychisch kranke Personen diskriminiert worden. Verena Dürrenmatt beschrieb einige Jahre später: „Die Ablehnung, auf welche psychisch Kranke noch immer stossen, ist für die Betroffenen oft ein Tiefschlag, eine Entmutigung, ‚draussen‘ den Anschluss wieder zu suchen.“ (Dürrenmatt, Roth & Studer, 1977, S. 44)

In der Chronik des Berichtjahres 1974 wird beschrieben, dass die Klinik eine ständige Verarbeitung neuer Erkenntnisse, die Aktivierung und die Demokratisierung der Institution anstrebt. Dieses Streben stelle hohe Anforderungen an das Personal und belaste jedoch auch immer wieder die Beziehung zum Umfeld der Klinik. „(. . .) manchmal braucht es (. . .) nur wenig und die Meinung schlägt kollektiv um und es werden unverständliche Einengungen verlangt. Dies gilt vor allem gegenüber verhaltensgestörten Jugendlichen, die ja immer wieder die Möglichkeit der Bewährung auch vor sich selbst erhalten müssen, was nicht selten zum Scheitern führt, gleich wie bei Süchtigen und Alkoholikern.“ (Wyss, 1975, S. 41) Trotz alledem stellte Dürrenmatt 1976 die These auf, dass die Öffentlichkeit eine aufgeschlossenerere Haltung gegenüber sozialen Problemen und Fragen entwickelt habe.

Vom Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss wurden Schwankungen in der Zahl der aufgenommenen Patienten kritisch hinterfragt, in dem er 1978 feststellte, dass immer mehr Alkoholranke in der Klinik hospitalisiert worden seien. Dies alleine beweise jedoch nicht eine allgemeine Zunahme von Alkoholismus. Eher bestünde jedoch ein Zusammenhang zu der vorherrschenden Rezession, bei der Personen mit Alkoholproblemen als erste ihre Stelle verloren hätten. Klar sei für Rudolf Wyss jedoch schon lange gewesen, dass Alkoholranke eher in das Netz sozialer und medizinischer Massnahmen geraten, wenn sie oder ihre Familie durch ihre Krankheit fürsorgebedürftig werden oder „ihre Umwelt besonders empfindlich stören“. (Wyss, 1979, S. 43) Der Alkoholismus wurde bei Menschen aus ökonomisch besser gestellten Kreisen kaum wahrgenommen. Durch die Rezession seien auch die Wiedereingliederungschancen nach erfolgreicher Rehabilitation relativ gering gewesen, so Dr. Rudolf Wyss 1978 weiter.

8.3. Politische Einflüsse 1970-1990

Im Jahr 1973 hat die ausserparlamentarische Kommission Morand ihren Bericht über die Psychiatrieplanung im Kanton Bern fertiggestellt. Zudem ist mit grossem Mehr ein neues Spitalgesetz durchs Berner Volk angenommen worden. Der Steuerzehntel, der im neuen Spitalgesetz vorgesehen ist, sollte hoffentlich auch der Modernisierung der Psychiatrischen Klinik zugutekommen. „Wenn es gelingt, planmässig die Regionalisierung voranzutreiben und eine lückenlose regionale Zusammenarbeit zwischen extrahospitalen und den klinischen Dienstleistungen zu schaffen, wird die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung wesentlich verbessert werden.“ (Wyss, 1974, S. 38) Bereits 1973 beschreibt der damalige Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss in anderen Worten folglich die gemeindenahen, sozialpsychiatrischen Bestrebungen der Psychiatrischen Klinik.

Anfang der 1970er Jahre habe abermals ein infrastrukturelles Problem bestanden. Es wird im Jahresbericht beschreiben, wie wichtig Wohnheime und geschützte Werkstätten ausserhalb der Klinik für die soziale und berufliche Wiedereingliederung von chronisch psychisch Kranken seien. Die Invalidenversicherung würde solche Einrichtungen in nennenswertem Masse subventionieren. Obwohl Mitarbeitende der Psychiatrischen Klinik Münsingen ein geeignetes Objekt an günstiger Lage entdeckt hatten, und im Vorhaben, dieses zur sozialen und beruflichen Integration der Patienten zu kaufen durch die Gesundheitsdirektion unterstützt wurden, hat die Finanzdirektion das Geschäft abgelehnt. (Wyss, 1972)

Im Jahresbericht 1977 beschreibt der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss das neue Psychiatriekonzept des Kantons Bern. Bei der Umsetzung des Konzeptes geht es darum, die psychiatrische Hilfe in die Regionen und Gemeinden hinaus zu dezentralisieren. Die Psychiatrische Klinik Münsingen und ihre weitgehend sozialpsychiatrische Tätigkeit unterstützten diesen

Beschluss, warnten jedoch davor die Sozialpsychiatrie „zum Heilserbringer für alles und jedes machen zu wollen“. (Wyss, 1978, S. 43)

Die Gesundheitsdirektion entschied sich 1979 dafür, die Klinik auf 600 Betten zu redimensionieren. 1895 wurde die Psychiatrische Klinik Münsingen ursprünglich für 500 Kranke errichtet. In den 1940er Jahren gab es Zeiten, in denen über 1100 Patienten Ende Jahr in der Klinik hospitalisiert waren.

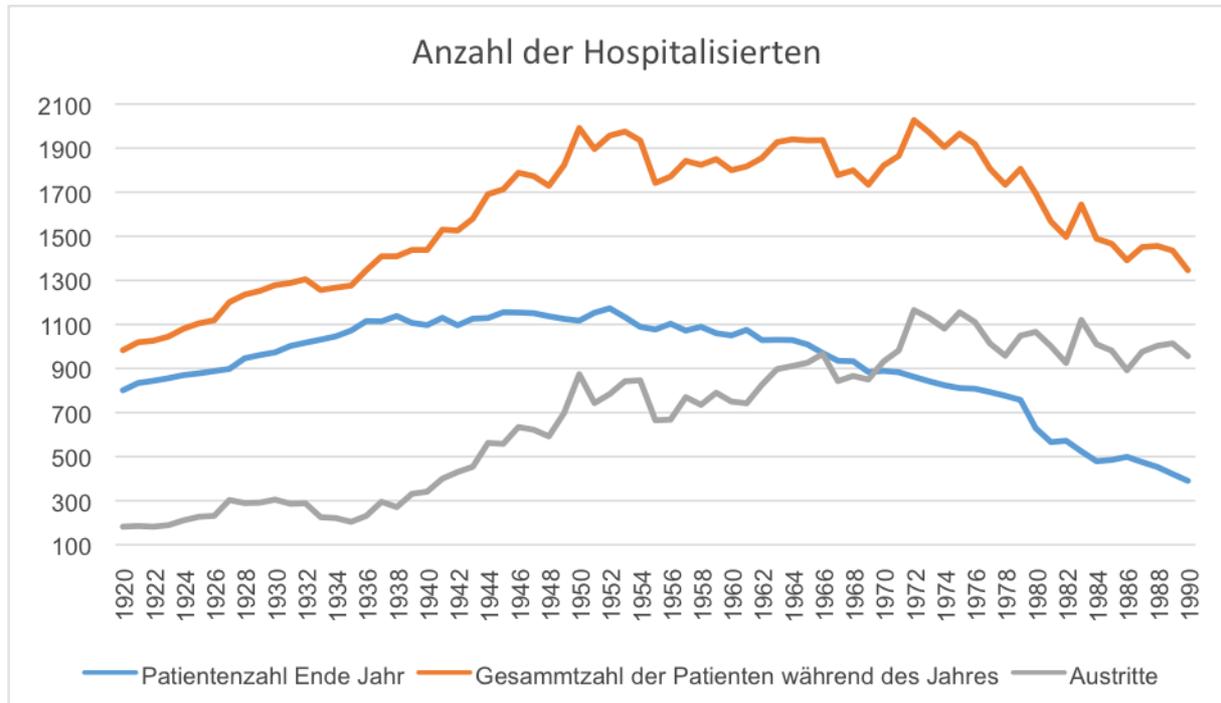


Abbildung 2. Anzahl der Hospitalisierten. Sammelnachweis aus Jahresberichten (1921-1991). Eigene Darstellung.

Die Forderungen der Gesundheitsdirektion seien durchaus umsetzbar, so der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss weiter. Ende Jahr 1979 seien nämlich nur noch 655 Patienten in der Klinik hospitalisiert gewesen. Die Patienten, die sich in Familienpflege befanden, wurden in dieser Rechnung daher nicht mitgezählt. Durch die Reduktion des Bettenbestandes sowie durch die Ende der 1970er Jahre anstehenden weiteren Umbau- und Renovationsarbeiten könne die Lebensqualität der Patienten erheblich gesteigert werden. (Wyss, 1980)

Die Eintrittsrate blieb über das ganze Jahr verteilt jedoch relativ unverändert hoch. Dies führte beim geringen Bettenbestand dazu, dass die Austritte massiv anstiegen.

Dr. Rudolf Wyss erklärte 1979, dass zwei Drittel der Patienten nicht mehr als 29 Tage in der Klinik hospitalisiert gewesen seien. Bei diesen Patienten seien die Beziehungen und Strukturen ausserhalb der Psychiatrischen Klinik noch vorhanden und der Bedarf an Rehabilitationen beziehungsweise an extrahospitalen psychiatrischen Vorkehrungen sei bei diesen Patienten klein. Gleichzeitig räumt der Klinikdirektor 1979 ein, dass es einen Drehtüreffekt gäbe. Dieser bezeichnete den Umstand, dass Patienten in un stabilem Zustand zu früh entlassen würden, um anschliessend gleich wieder aufgenommen werden zu müssen. (Wyss, 1980)

Der Klinikdirektor hat im Jahresbericht 1979 ausserdem hervorgehoben, dass es auch in Allgemeinspitälern chronische Patienten gäbe, die immer wieder oder gar dauernd hospitalisiert werden müssen. Bei körperlich kranken Patienten sinke durch ihr Leiden die Lebenserwartung, dies sei im Unterschied dazu bei psychisch Kranken kaum der Fall. (Wyss, 1980)

Im Jahre 1981 wurde der Klinikalltag einer Veränderung unterzogen. Ursache war die am 1. Januar 1981 in Kraft getretene Verordnung zu den Gesetzesartikeln über den fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE). Jedem Patienten, der in die Klinik eintrat wurden neuerdings seine Rechte schriftlich ausgehändigt. Zudem wurde eine Kammer des Bernischen Obergerichts eingerichtet. Diese konnten Patientinnen und Patienten sowie eine Person aus deren Umfeld kontaktieren, falls die Wahrnehmung entstanden wäre, zu Unrecht nicht entlassen zu werden. Diese Kammer des bernischen Obergerichts hätte anschliessend das Urteil über die Entlassung gefällt. Auch den Patienten, die bereits hospitalisiert worden waren, bevor die neue Verordnung in Kraft trat, war dieses neue Recht nicht vorbehalten worden. Von den Langzeitpatienten hätten fünf von ihrem Recht Gebrauch gemacht, die Kammer des Bernischen Obergerichtes zu kontaktieren. Dr. Rudolf Wyss beschreibt, dass durch den neuen Gesetzesartikel über den FFE erkannt werden konnte, dass bereits vor dessen Institutionalisierung vieles richtig gemacht wurde in der Psychiatrie. Diejenigen Patienten, die Beschwerde bei der Kammer des Bernischen Obergerichts eingereicht hätten und so ihre Entlassung beantragten, seien als zu recht hospitalisiert beurteilt worden. Der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss beschreibt die Verordnung zum Gesetzesartikel über den fürsorgerischen Freiheitsentzug als im Vorherein vermutete Freiheitsberaubung und als peinliche Komplizierung, die gar Hospitalisierungen verhindert hätte. Dies hätte negative Folgen für die Betroffenen und ihre Umwelt haben können. (Wyss, 1981)

Die rechtliche Landschaft in der sich die Angestellten der Psychiatrie bewegten, sei 1985 so kompliziert gewesen, dass bald eigens für die Psychiatrische Klinik Münsingen ein Jurist angestellt werden müsse, beklagte der Klinikdirektor. (Menzi, 1986)

Für die Regionalisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung im Kanton Bern konnte, trotz vorgelegten, brauchbaren Vorschlägen der Planer, keine Entscheidung getroffen werden. Der Psychiatriedirektor von Münsingen Dr. Waldemar Menzi beschrieb, dass ein klarer Versorgungsauftrag für ein fest umrissenes Einzugsgebiet die Zuständigkeit klären würde und unnötige Verschiebungen von Patienten vom einen zu anderen Ende des Kantons vermeiden könnte. Bereits in den Vorjahren wurde vom Klinikdirektor Dr. Waldemar Menzi gefordert, dass die Zuständigkeit betreffend Aufnahme von stationären Patienten in den kantonbernischen Psychiatrischen Kliniken klar geregelt wird. (Menzi, 1984)

Im Jahr 1985 wurde durch die Kompetenzordnung jeder einzelnen Klinik eine festabgegrenzte Versorgungsregion zugeteilt. Diese neue Ordnung habe sich bestens bewährt, so der Klinikdirektor. (Menzi, 1986)

Im Jahr 1988 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern eine Ist-Zustands-Analyse in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigten, dass die hospitalisierten Patienten überaltert und häufig fehlplatziert sind. Ebenfalls negativ aufgefallen sei der Mangel an Angeboten im Bereich geschütztes Wohnen und Arbeiten, ebenso wie zu wenig Assistenz- und Oberarztstellen. Die Arbeitsplatzsituation wurde jedoch trotzdem als positiv gewertet, da ein gutes Betriebsklima herrsche. Ebenfalls konnte eine gute Zusammenarbeit mit den regionalen Psychiatriestützpunkten in Thun und Burgdorf festgestellt werden. (Pauchard, 1990)

Jedoch stellte der Klinikdirektor einen massiven Mangel an finanziellen Mitteln in der Versorgungsregion rund um die Klinik in Münsingen fest: „Sollten die dringend benötigten Mittel für eine qualitative Verbesserung der klinischen Behandlung von Psychiatriepatienten aus den ländlichen Gebieten des Kantons nicht beschafft werden können, wäre die Zurückentwicklung in die Ära der Anstalts- und Verwahrungspsychiatrie kaum mehr aufzuhalten.“ (Pauchard, 1991, S. 101)

8.4. Öffentlichkeitsarbeit 1970-1990

Die Jahresberichte, die in der Thesis als Grundlage der Analyse dienen, können bereits als Instrument zur Öffentlichkeitsarbeit der Psychiatrischen Klinik verstanden werden, da die Jahresberichte zur Selbstdarstellung genutzt wurden. In den Jahresberichten wurde immer wieder auf gesellschaftliche oder politische Kontroversen eingegangen, die Thematiken wurden aufgegriffen und diskutiert sowie teilweise Argumente entgegengestellt.

Die Psychiatrische Klinik Münsingen hat im Sommer 1971 eine Minigolfanlage eröffnet. Diese sei völlig frei zugänglich gewesen und bereits von tausenden Besucherinnen und Besuchern genutzt worden. Dabei hätten sich die Besuchenden und ihre Kinder unter die Patienten gemischt. „Wir glauben, so ein vorzügliches Mittel zur Verbesserung der Beziehung zur Öffentlichkeit geschaffen zu haben.“ (Wyss, 1972, S. 44) Die Psychiatrische Klinik Münsingen hat zusätzlich ihre Türen für interessierte Personen und Gruppen geöffnet. Im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit und als Versuch, Vorurteile abzubauen, konnten die Besucher verschiedene Abteilungen der Psychiatrie besichtigen. Die Kranken seien rechtzeitig informiert worden, damit sie sich zurückziehen konnten. (Wyss, 1974) Diese Besichtigungen schienen auch 5 Jahre später ein bewährtes Instrument. (Wyss, 1979) „Besonders eindrücklich war nebst vielen guten Vorträgen eine Abendveranstaltung für die Dorfbevölkerung, die in gros-

ser Zahl in den Gemeindesaal strömte und so das gute Verhältnis zwischen Klinik und Dorf dokumentierte.“ (Pauchard, 1990, S. 109)

Wie bereits einleitend angetönt, nutzte die Psychiatrische Klinik die Jahresberichte immer wieder, um Stellung zu nehmen zu klinikinternen Geschehnissen, die in der Öffentlichkeit beispielsweise durch Medienberichterstattungen aufgegriffen wurden. Folgende Ausführung soll das Phänomen beleuchten.

Mitte der 1980er Jahre kam auch in der PKM die Problematik von Aids beziehungsweise von HIV-positiven Patienten auf. Im Jahre 1986 wurde bei 100 Patienten aus einer – als solche definierte – Risikogruppe auf HIV getestet. 4 Patienten haben sich als HIV-positiv erwiesen. (Menzi, 1987) Im Jahr 1988 wurde eine bessere Öffentlichkeitsarbeit durch eine klinikeigene PR-Kommission angestrebt. Im Spätsommer 1988 sei durch mediale Aufmerksamkeit um die unzulässigen HIV-Untersuchungen an Patienten, Unruhe in der Klinik entstanden. Dr. Jean-Pierre Pauchard nimmt dieses Beispiel auf und zeigt an diesem auf, dass die Mitarbeitenden der Psychiatrie sich in einem rechtlich und ethisch schwierigen Feld bewegen. „In vielen Fällen kann der Patient nicht in die für ihn wichtigen Entscheide einbezogen werden, weil er ganz oder teilweise urteilsunfähig ist. Den Pflegenden bleibt deshalb oftmals ein relativ breiter Ermessensspielraum nicht über die Legalität, sondern über die Legitimität gewisser Entscheide.“ (Pauchard, 1989, S. 113) Der Klinikdirektor misst dieser Feststellung grosse Bedeutung zu und gründet eine Ethikkommission, die in solchen Fragen eine Entscheidungshilfe bieten soll.

8.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1970-1990

Während der Epoche der Sozialpsychiatrie werden verschiedene Faktoren und Einflüsse der Organisationsstruktur beschrieben. Die Autorin und der Autor werten erstens den Personalbestand, zweitens die Renovation- und Umstrukturierungsprozesse und drittens interdisziplinäre Zusammenarbeit, als wichtige Faktoren in der Epoche der Sozialpsychiatrie.

8.5.1. Personalbestand

Die Debatte um den Personalmangel wurde in den Jahresberichten immer wieder aufgegriffen. 1971 wird beschrieben, dass die Personalbestände kritischer als je zuvor seien, insbesondere fehle es an Pflegepersonal. Die Zahl der Klinikeintritte sei 1971 erneut angestiegen (Wyss, 1972). „Zum Ende des Berichtjahres lebten in dem vor 75 Jahren für 500 Kranke erstellten Gebäudekomplex etwa 880 Patienten.“ (Wyss, 1971, S. 44) In der Chronik des Jahres 1975 wird ein drastischer, unhaltbarer Mangel an Pflegepersonal deutlich. Im Jahr 1974 waren in Münsingen ein Viertel weniger Schwestern und Pfleger tätig als 1954, die Zahl der

Patientenaufnahmen nahm im gleichen Zeitraum aber um ein Drittel zu (Wyss, 1976). Im Berichtsjahr 1980 hält der Mangel an diplomiertem Pflegepersonal unvermindert an. „Seit einiger Zeit ist bei unserem Pflegepersonal eine steigende Veränderung nicht zu übersehen, weil uns auffallend viele schwierige, erregte und gewalttätige Patienten zugewiesen werden, die nach der vielzitierten Regionalisierung nicht zu uns gehörten und auch selber die Aufnahme in die zuständige Klinik gewünscht hatten.“ (Bettler & Walther, 1981, S. 47) Neben den Mitarbeitern der Pflege fiel auch dem Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss der Missstand auf: „(. . .) unsere Arbeit noch mit Personalbeständen leisten, die, gemessen an neuen bernischen Standards, als ungenügend zu bezeichnen sind. Wir hoffen aber sehr, der Staat werde es zu vermeiden wissen, in seinen Institutionen neben der reichen auch eine psychiatrische Armutsgesellschaft entstehen zu lassen.“ (Wyss, 1980, S. 50) Ebenfalls „(. . .) zeigt sich im ärztlichen Sektor, dass die seit Jahren monierte Underdotierung allmählich die Grenze des noch Verantwortbaren zu unterschreiten beginnt. Eine grosse Bedrohung für die Aufrechterhaltung der Dienstleistungen am kranken Mitmenschen im Allgemeinen und für die Arbeitsqualität des Klinikpersonals im Speziellen war im Übrigen die Initiative ‚100 000 sind genug‘, welche dank des mutigen Entscheids des Bernervolkes abgewendet werden konnte.“ (Pauchard, 1989, S. 112) Die Fluktuationsrate des Personals liegt im Jahr 1987 bei über einem Viertel. Insbesondere bei den Ärzten und Psychologen schoss diese 1988 noch einmal in die Höhe, denn die Fluktuationsrate bei diesen Berufsgruppen lag bei über zwei Dritteln. Hier könnte eine Verbindung zu der vorher genannten Initiative spekuliert werden. Die Angst, den Arbeitsplatz durch Stellenkürzungen zu verlieren, hat möglicherweise dazu geführt, dass die Mitarbeitenden vermehrt die Stelle gewechselt haben, so die Überlegung des Autors und der Autorin. 1989 konnte erstmals seit vielen Jahren durch gezielte, intensive und langjährige Personalwerbung konnte der Stellenplan im Bereich der Pflege voll belegt werden (Komann, 1990).

8.5.2. Renovationsarbeiten und Umstrukturierung

Die 1970er und 1980er Jahre in der Psychiatrie Klinik Münsingen waren von einem Renovationsprozess beeinflusst. Obwohl der Prozess schrittweise geplant und durchgeführt wurde, mussten über 50 Langzeitpatienten im externen Pflegeheim Bärau hospitalisiert werden (Wyss, 1973). Zusätzlich wurde die Bettenzahl während der Umbauarbeiten reduziert. Der Verwalter der Psychiatrischen Klinik beschrieb, wie nicht nur Handwerker und Firmen im Auftrag des Hochbauamtes an der Renovation der Klinik beteiligt waren, sondern auch Pflegepersonal und Patienten (Gurtner, 1971). Durch den Renovationsprozess sei die Psychiatrische Klinik Münsingen im Vergleich mit anderen psychiatrischen Institutionen in Bezug auf ihr Organisationskonzept in Rückstand geraten (Menzi, 1983). Dr. Waldemar Menzi beschrieb, dass auf Grund der Renovationsarbeiten die Klinik Münsingen auf 500 Patienten

und 70 leere Betten, die eine genügende Aufnahmekapazität und innere Mobilität sichern sollen, redimensioniert worden sei. Erst nachdem die Renovation abgeschlossen sei, würden 620 Betten zur Verfügung stehen. „Dementsprechend werden wir weiterhin gezwungen sein, die bisherige restriktive Aufnahme- und aktive Entlassungspolitik fortzusetzen und damit auch die Aufenthaltszeiten zu verkürzen.“ (Menzi, 1984, S. 93) Auch im Jahr 1987 hätten die Renovationsarbeiten immer noch einen grossen Einfluss auf den Tagesablauf in der Psychiatrischen Klinik gehabt. Sowohl Mitarbeitende, Patienten wie auch Besucher seien von diesen betroffen. Der Psychiatriedirektor, Dr. Waldemar Menzi beschreibt: „Lärmbelastung, Staub und Schmutz setzten auch den Patienten zu, nicht nur tagsüber, sondern auch nachts während durchgehender Schichtarbeiten. Die vom Personal unter solchen Verhältnissen bewiesene Tragfähigkeit ist der Erwähnung und Anerkennung wert.“ (Menzi, 1988, S. 106)

Durch die Rezession und die Arbeitslosigkeit sei die Entlassung, Arbeitsbeschaffung und Rückgliederung der Patienten erschwert worden. „Es wird grosser Anstrengung und einer vermehrten Schaffung von geschützten Wohn- und Arbeitssituationen aller Art bedürfen, um dem verhängnisvollen Trend zur Zunahme des Patientenbestandes begegnen zu können.“ (Menzi, 1982, S. 88ff) Den zunehmenden Aufnahmezahlen von Patienten sowie der steigenden Bürokratisierung durch die Gesetzgebung des fürsorglichen Freiheitsentzuges könne wegen des stagnierenden Personalbestandes nicht mehr wirksam begegnet werden, so Dr. Waldemar Menzi (Menzi, 1984).

Das Jahr 1986 war geprägt von organisatorischer Umstrukturierung in der Psychiatrischen Klinik Münsingen. Bereits 1975 wurde ein Departement geschaffen, das sich eigens auf die therapeutischen und pflegerischen Bedürfnisse von alterskranken Personen spezialisiert hat (Wyss, 1976). 1986 wurde als Antwort auf den demografischen Wandel beziehungsweise auf die zunehmende Konfrontation mit psychischen Alterskranken eine geronto- und psychogeriatrische Abteilung eingeführt. Weiterhin existierten eine Akut-, eine Rehabilitations- und eine Langzeitabteilung, deren gegenseitige Durchlässigkeit jederzeit gewährleistet hatte sein sollen. (Menzi, 1987)

Auch ausserhalb der Psychiatrischen Klinik kam es zu Umstrukturierungen. Die Zahl der ambulanten Konsultationen erreichte im Jahr 1974 beinahe die Grenze der 10'000. Diese Zahl setzte sich aus schulpyschologischen Untersuchungen und Beratungen, aus Nachbehandlungen von entlassenen Patienten, aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsultationen für Spitäler oder Ärzte sowie aus Einsätzen in psychiatrischen Notfällen in Institutionen, Dörfern oder Familien zusammen. In der Chronik wurde dieser Bereich des Tätigkeitsfeldes der Klinik hervorgehoben, um aufzuzeigen, dass die PKM nicht in der Abgeschlossenheit hinter hohen Mauern agiere. (Wyss, 1975)

Auf Grund der Einführung vom Psychiatrischen Dienst in Interlaken wurde die ambulante Beratungsstelle in Matten bei Interlaken geschlossen. Weitere Schliessungen von Beratungsstellen des Aussendienstes der Psychiatrischen Klinik standen noch bevor, sobald die psychiatrischen Dienste über die entsprechende Behandlungskapazität verfügten. Im Folgenden eine Statistik, die die Anzahl an geleisteten externen Konsultationen durchgeführt durch die Mitarbeitenden der Psychiatrischen Klinik Münsingen aufzeigt. (Menzi, 1987)

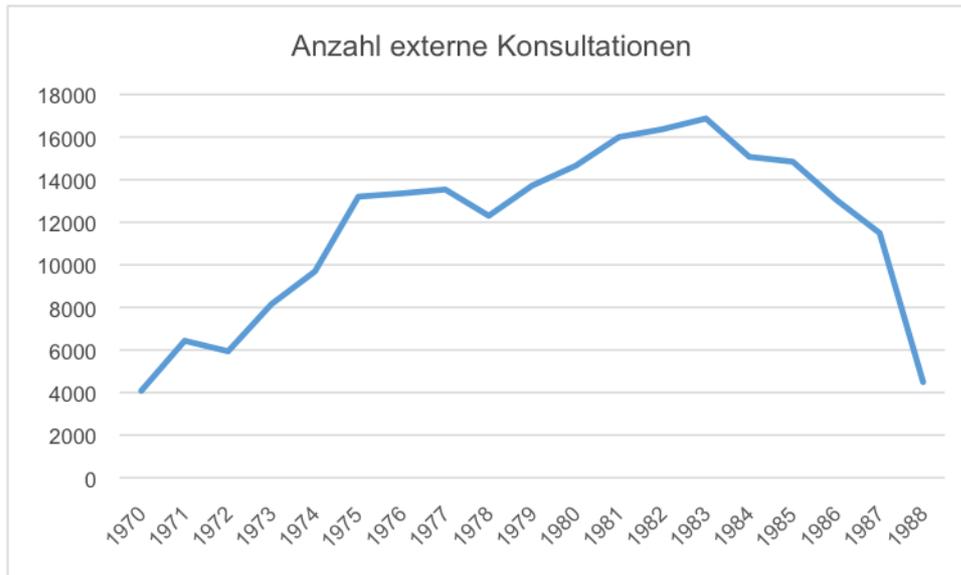


Abbildung 5. Anzahl externe Konsultationen. Sammelnachweis aus Jahresberichten (1971-1989). Eigene Darstellung.

In einem Nebensatz wurde erwähnt, dass die Konsultationen für die Patienten nach dieser Umstrukturierung nicht mehr unentgeltlich gewesen seien. (Menzi, 1987) Diese Änderung hätte insbesondere auf Personen mit geringem sozioökonomischem Stand einen negativen Einfluss haben können, so die Überlegung der Autorin und des Autors. Da nie alle Kosten für Konsultationen von der Krankenkasse übernommen worden sind, haben ärmere Personen nach der Umstrukturierung weniger Zugang zu Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten gehabt. Das Angebot hat so deutlich an Niederschwelligkeit eingebüsst.

Zudem stellte der Klinikdirektor in seinem Jahresbericht eine „negative Selektion“ fest (Menzi, 1987, S. 102). In den Akutstationen sei eine vermehrte Ansammlung von schwierigsten Patienten zu verzeichnen, die wegen ihrer Gefährlichkeit mehr Betreuung bedürften. Grundsätzlich sei erfreulich, dass in den neuerrichteten Stützpunkten der Regionalspitäler vermehrt leichtere, vor allem depressive Erkrankte hospitalisiert und betreut werden können. Die Entwicklung habe aber einen Einfluss auf die eben erwähnte negative Selektion in der PKM. (Menzi, 1987)

Dr. Jean-Pierre Pauchard nahm sich bei Antritt seiner Funktion als neuer Direktor Bestandsaufnahme der gesamten PKM an. Erkenntnisse sollen aus der Erhebung über den Patientenbestand, die Arbeitszufriedenheit des Personals, die sozialpsychiatrischen Ressourcen

des Pflichtaufnahmegebietes sowie eine Untersuchung des soziologischen Instituts der Universität Bern über das Ansehen der Klinik in der Öffentlichkeit gezogen werden. (Pauchard, 1989)

Ein Jahr später werden die Ergebnisse im Jahresbericht präsentiert: Die Handhabung des Fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE) durch die Behörden sowie der anhaltende Druck im Bereich der Alterspflege würden immer wieder zu Fehlplatzierungen führen. Jedoch sei nun jeder Klinik ein Pflichtaufnahmegebiet zugewiesen worden, und es bestehe die Hoffnung, dass durch ein gewisses Verantwortungsgefühl der zuweisenden Instanzen Fehlplatzierungen vermieden werden könnten. Eine Stichtagserhebung betreffend des Patientenbestandes ergab, dass fast die Hälfte der Patienten sofort entlassen werden könnten, wenn eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gewährleistet wäre. Jeder dritte Patient sei über 70 Jahre alt und fast die Hälfte der Patienten sei seit über 20 Jahren in der Klinik hospitalisiert. Der Klinikdirektor erkennt anhand dieser Erhebung, dass durch diese scheinbar fehlplatzierten Pflegepatienten die PKM von ihrem eigentlichen Auftrag abgekommen sei. (Pauchard, 1990)

Eine Planungsgruppe mit dem Namen K 95 – kurz für Klinik 1995 – wurde ins Leben gerufen, um auf Grund der Ist-Analyse eine neue Klinikorganisation zu erarbeiten. Die Klinik Münsingen würde in 4 Sektoren und 2 Stabsbereiche eingeteilt. Die vier Sektoren wären eingeteilt in die Bereiche Akutpsychiatrie, Langzeitrehabilitation, Geriatrie und ambulante Dienste. Ebenfalls wurde eine Trennung zwischen strategischer und operationeller Führungsebene eingeführt sowie eine Paarung der ärztlichen und pflegerischen Führung auf allen Stufen. (Pauchard, 1990)

„An zahlreichen Retraiten, Arbeitssitzungen und grossen planerischen Arbeiten durften wir einen wesentlichen Beitrag zu der Entstehung und zum Gelingen unseres neuen Klinikkonzeptes leisten, unter Einbezug fast sämtlicher Mitarbeiter des Pflegedienstes.“ (Schranz, 1990, S. 110)

Im Jahr 1989 wurde ein Wohnheim für geistig Behinderte geschaffen. Durch dieses eigene Haus konnte die Lebensqualität der behinderten Menschen wesentlich verbessert werden. „Durch die vermehrte Möglichkeit, am Entscheidungsprozess mitzuwirken, stieg allgemein die Motivation und Identifikation mit der Arbeit bei den Mitarbeitern an, auch wenn hie und da Zeichen der Überforderung sichtbar wurden. Die vermehrte Partizipation am Führungsprozess bedingte vermehrte Zusammenarbeit, bessere Information und konsequente Förderung der fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter.“ (Pauchard, 1991, S. 100)

1990 wurde in der Psychiatrischen Klinik Münsingen eine der Oberarztstellen an einen internistischen Oberarzt vergeben. Die Stichtagserhebung von 1988 zeigte nämlich, dass die Hälfte aller Klinikpatienten auch somatisch behandlungsbedürftig war. (Pauchard, 1991)

8.5.3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Buch „Irren ist menschlich“ werden im Jahr 2002 durch Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller und Frank Wendt die verschiedenen Berufsrollen eines Interdisziplinären Teams beschrieben. Zum Kernteam in einer psychiatrischen Institution gehören – in übernommener Reihenfolge – Angestellte der Pflege, Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeitende, Bewegungs-, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und -therapeutinnen sowie Psychologinnen und Psychologen. Trotz der beruflichen und persönlichen Spezialisierung und Unterschiedlichkeit der verschiedenen Professionen sei es zentral, die gleiche Grundhaltung anzustreben, so Klaus Dörner weiter. Um für Personen, die nicht mit der Arbeit in Psychiatrien vertraut sind, ein besseres Verständnis herstellen zu können, werden im Folgenden die Berufsrollen der einzelnen Disziplinen während der Zeit der Sozialpsychiatrie kurz vorgestellt.

Die Berufsrolle von pflegenden Personen geht über die Pflege des Körpers hinaus und beinhaltet auch die Pflege der Beziehungen, der Milieus und unterstützt die Patientinnen und Patienten bei der Selbstpflege. Die psychiatrische Pflege habe viel mit der Begleitung der einzelnen Kranken aus ihrem individuellen Rückzug oder einem anderen psychischen Leiden auf dem Weg in „das Soziale“. Hier entstehe eine wichtige Schnittstelle zur Berufsgruppe der Sozialarbeitenden. (Dörner et al. 2002, S. 55)

Die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte sei Experte für Krankheit und Gesundheit sowohl auf der somatischen wie auch auf der psychischen Ebene. Zu den zentralen Aufgaben eines Arztes oder einer Ärztin gehören die Diagnose sowie die Therapie. Als einzige Berufsgruppe in der Psychiatrie können sie Medikamente verordnen. Traditionell leiteten Ärztinnen und Ärzte eine Station oder eine Abteilung und führten, ordneten an, trugen aber auch die Verantwortung. In einem interdisziplinären Team sollte es allen Beteiligten möglich sein, Verantwortung und Leitung zu übernehmen, so Dörner weiter. „Bleibt sie [die Verantwortung] trotzdem am Arzt hängen, kann es daran liegen, dass der Arzt diese Aufgaben und Funktionen gern hat oder dass die anderen sie (meist uneingestanden) ihm immer wieder zuschreiben. (. . .) Es gehört für den Arzt eine Portion Durchstehvermögen dazu sich hier (auch gegen Widerstand!) zu ändern, da ausserdem auch und gerade der Arzt berufspolitisch in einer hierarchisch geordneten Umwelt steht, in der ‚nach oben‘ gestrebt wird.“ (Dörner et al., 2002, S. 56)

„Sozialarbeiterische Aufgabe ist es, die Patienten dabei zu unterstützen, ihre sozialstaatlich gegebenen Rechte und Pflichten wahrzunehmen. (. . .) Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Sozialarbeiter, für die Patienten Soziales wieder erfahrbar zu machen, soziale Räume zu erschliessen und erreichbar zu machen.“ (Dörner et al., 2002, S. 56) Die Darstellung der Arbeit von Sozialarbeitenden erscheint in diesem Abschnitt äusserst abstrakt, beispielsweise ist unklar was Dörner mit dem Ausdruck ‚Soziales wieder erfahrbar zu machen‘ meint, so die

Einschätzung der Autorin und dem Autoren. Zudem ist irritierend, dass der Aspekt der Hilfe zur Selbsthilfe, der Aktivierung von Patienten und Patientinnen in der Beschreibung kaum enthalten ist. Die Aufgabe von Sozialarbeitenden sei es *für* die Patientinnen und Patienten zu handeln.

Der Beruf des Bewegungstherapeuten oder der -therapeutin hatte früher eine andere Bezeichnung und hiess Krankengymnast. Der Begriff der Therapie sei in diesem Bereich ungünstig gewählt, da es nicht im Zentrum steht, den Patienten zu heilen, sondern um die Wahrnehmung des eigenen Körpers des Patienten, dessen Fähigkeiten aber auch Grenzen. Im Zentrum der Berufsrolle der Arbeits- und Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten steht die Annahme, dass sich durch Arbeit und Beschäftigung menschliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ergeben. Zur wichtigsten Aufgabe dieser Berufsgruppe gehört es, die Patientinnen und Patienten zu aktivieren, anzuregen, sich selbst bei der Arbeit wahrzunehmen und einzuschätzen, selbstständig aber auch in Gruppen zu arbeiten. Arbeits- und Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten sind aber auch Experten für Alltagshandeln sowie für die Bedeutung von Arbeitslosigkeit. (Dörner et al., 2002)

Zwischen den Aufgaben von Sozialarbeitenden sowie von Arbeits- und Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten stellen die Autorin und der Autor verschiedene Schnittpunkte fest. Insbesondere die Begleitung und Unterstützung auf dem Weg zurück in die Arbeitswelt schien in der PKM in den 1970er und 1980er Jahren eine der wichtigsten Aufgaben von Sozialarbeitenden gewesen zu sein. Diese Thematik wird im nachfolgenden Kapitel noch weiter ausgeführt.

Die Psychodiagnostik und die Psychotherapie gehören zum Auftrag von Psychologinnen und Psychologen in der Klinik. Diese Berufsgruppe bringt auf Grund ihrer Ausbildung eine grosse Menge an Wissen mit darüber, wie sich Menschen in ihrem sozialen Umfeld entwickeln, wie sie lernen und wahrnehmen. (Dörner et al., 2002)

Die Thematik der Berufsrollen und der Professionsverständnisse der Pflegenden, der Ärztinnen und Ärzte, der Psychologen und Psychologinnen sowie insbesondere den Sozialarbeitenden in der Psychiatrischen Klinik Münsingen, wird im Kapitel der Analyse der Experteninterview ausgeführt. Zu der interdisziplinären Zusammenarbeit konnten nur wenige Informationen aus den Jahresberichten gezogen werden. Im Folgenden sind diese ausgeführt.

„Unser Hauptanliegen besteht darin, eine offene und gute Zusammenarbeit mit Pflegepersonal und Ärzten im Interesse des Patienten zu fördern.“ (Dürrenmatt, 1975, S. 41) Dieses Zitat stammt aus der Entstehungszeit des Sozialdienstes und zeigt auf, dass die Sozialarbeiterinnen einen breiten Fokus ihrer Arbeit darauf legten eine gelingende Zusammenarbeit mit den anderen Professionen zu suchen.

Die Klinikdirektion konnte sich 1979 wieder vermehrt der inneren Strukturierung zuwenden. Da in diesem Jahr die Gesundheitsbehörde entschieden hat die Bettenzahl der Psychiatrischen Klinik Münsingen auf 600 zu reduzieren. In einem so grossen Spital wie der Psychiatrischen Klinik sei es zentral gewesen, die richtigen Unterteilungen, Eigen- und Selbstständigkeiten zu schaffen sowie Verantwortung abzugeben. Der Chefarzt könne nicht als Allwissender agieren. Es brauche einen Funktionswandel, eine „Demokratisierung“, so der Klinikdirektor. (Wyss, 1980, S. 54) Diese Demokratisierung schien jedoch auf die Ebene der ärztlichen Leitung begrenzt gewesen zu sein. Dr. Rudolf Wyss beschreibt die Organisationsform in der Psychiatrischen Klinik Münsingen als unbürokratisch und dynamisch, gleichzeitig gäbe es im Team keine völlige Rollendiffusion, sondern Kompetenzen und Zuständigkeiten seien erkannt und gerne übernommen worden. (Wyss, 1980)

Im folgenden Abschnitt wird auf die Arbeit des Landwirtschaftsbetriebes eingegangen, die eine Schnittstelle oder Ähnlichkeit mit sozialarbeiterischer Tätigkeit aufweist.

Bernhard Hauswirth, der Ökonom der PKM beschrieb, dass die Landwirtschaftsbetriebe durch Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitstrainings eine geschützte Umgebung für die Patienten sichern soll. Dies sei insbesondere in einer Zeit des allgemeinen Beschäftigungsrückganges wichtig. (Hauswirth, 1983)

Auch 1987 wurde durch den Ökonom Bernhard Hauswirth beschrieben, dass der Tradition entsprechend im Landwirtschaftsbetrieb der Klinik jeweils Arbeitsplätze für Patienten geschaffen wurden. Der viehlos geführte Betrieb habe zwar weniger Variationsmöglichkeiten geboten, aber das Angebot an Beschäftigungstherapien und an Arbeitstrainings im Sinne der Rehabilitation der psychisch Kranken konnte in beschränkterem Rahmen weitergeführt werden. Ebenfalls sei die Möglichkeit der Reittherapie rege genutzt worden und habe zu therapeutisch sehr erfreulichen Resultaten geführt. (Hauswirth, 1988)

8.6. Sozialdienst 1970-1990

Wie bereits dem ersten Teil der Arbeit zu entnehmen, waren Fürsorgerinnen und Fürsorger in der Psychiatrischen Klinik angestellt, bevor 1974 die ersten Sozialarbeiterinnen eingestellt wurden. Zu den Tätigkeitsbereichen der Fürsorger und Fürsorgerinnen in den 1970er Jahren vor der Institutionalisierung des Sozialdienstes ist leider den Jahresberichten nur wenig zu entnehmen. Hier aber doch eine kurze Übersicht der entnommenen Daten: 1971 wurden 702 „Besprechungen mit Begleitpersonen, Angehörigen, Vormündern, Lehrern usw. und auswärtige Besprechungen sowie Besuche der Fürsorgerin“ durchgeführt. (Jahresbericht, 1972, S. 42) Leider ist aus den Statistiken nicht zu entnehmen, welche Vertreter der verschiedenen Disziplinen in welcher Quantität an diesen Gesprächen beteiligt waren. Im Jahresbericht werden extrahospitale Aufgaben, wie Nachbetreuung, Gruppentherapie mit entlassenen AI-

koholikern, Psycho- und Soziotherapie, Psychohygiene und -prophylaxe, Untersuchungen für die Invalidenversicherung, Erziehungsberatung, Schulreifeabklärung, Legastheniebehandlung bei Kindern beschreiben. Diese seien einerseits durch Psychologen und Ärzte, andererseits durch Fürsorgerinnen geleistet worden. (Jahresbericht, 1972)

1974 wird der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen zum ersten Mal im Jahresbericht erwähnt. Der damalige Sozialdienst bestand aus drei Mitarbeiterinnen. Die Sozialarbeiterin Verena Dürrenmatt erhält im Jahresbericht 1974 eine spezielle Plattform. Der hauptsächliche Auftrag des Sozialdienstes sei es gewesen, die Entlassung der hospitalisierten Patienten vorzubereiten. Zudem sei es 1974 vermehrt der Auftrag des Sozialdienstes gewesen, chronisch Kranke in private Pensionen, Pflege- oder Altersheime umzuplatzieren. Insbesondere durch den wirtschaftlichen Konjunkturrückgang sei es schwieriger geworden passende Arbeitsstellen zu finden. Ebenfalls hätten einige sogenannte „Nachtpatienten“ ihre Anstellung in Folge der schlechten wirtschaftlichen Lage verloren (Dürrenmatt, 1975, S. 40). Entlassene Patienten zu betreuen sei von der Kapazität des Sozialdienstes her kaum möglich, jedoch ein grosses Bedürfnis gewesen, dem nur in Einzelfällen hatte gerecht werden können. (Dürrenmatt, 1975)

Auch im Jahre 1975 enthielt der Jahresbericht ein Kapitel, das dem Sozialdienst gewidmet war. Die Ausführungen von Verena Dürrenmatt, Brigitta Roth und Hanni Studer wurden unter folgendem Titel verfasst: „Sozialarbeit in der Klinik in Zeiten der Rezession – wie versteht sie sich?“ (Dürrenmatt et al., 1976, S. 40) Der Aufwand an Zeit, um mit dem Patienten eine Stelle zu finden, sei enorm angewachsen. Trotzdem entspricht das Selbstbild der Sozialarbeitenden nicht dem scheinbar von aussen auf sie projizierten Bild als „Stellenvermittler“. (Dürrenmatt et al., 1976, S. 40) Das Selbstverständnis des Auftrages des Sozialdienstes geht darüber hinaus und beinhaltet eine Hilfestellung auf dem Weg von der Klinik zurück ins gesellschaftliche Leben. „In diesem Sinne pflegen wir Kontakt mit den Angehörigen – mit dem Ziele, Verständnis für den psychisch Kranken und eventuelle Kooperation zu wecken, dann auch Kontakte mit den verschiedensten öffentlichen und privaten Fürsorge- und Beratungsstellen, bei denen wir vermehrte Bereitschaft zur Zusammenarbeit feststellen konnten.“ (Dürrenmatt et al., 1976, S. 40) Ebenfalls sei der direkte Kontakt mit Arbeitgebern zentral, um möglichst viele Arbeitsplätze während einem Klinikaufenthalt aufrechterhalten zu können. Die Probleme der Patienten sind vielschichtig. Der Sozialdienst setzt sich mit Arbeits- und Berufsproblemen, mit der Thematik der Wiedereingliederung, in Zusammenarbeit mit der IV, mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, mit Ehe- und Familienschwierigkeiten sowie mit Verwahrlosung bei Jugendlichen auseinander. 1975 hätten zum ersten Mal Patienten mit einer Rente, jedoch ohne Arbeit oder genügende Beschäftigung aus der Klinik entlassen werden müssen. In diesem Zusammenhang beklagten die Sozialarbeitenden den Mangel an

sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie Day-Center, Patientenklubs oder Wohnheimen. (Dürrenmatt, 1976)

Auch im Jahre 1976 waren nur drei Sozialarbeiterinnen in der Psychiatrischen Klinik angestellt. Dies obwohl das Bedürfnis an Beratungen im Zuständigkeitsbereich der drei Frauen zugenommen hätte. (Dürrenmatt et al. 1977) Verena Dürrenmatt, Hanni Studer und Margrit Häberli beschrieben 1976, dass die Betreuung der 338 Patienten unterschiedlich zeitintensiv war. Einerseits gab es Patienten, mit denen die Sozialarbeiterinnen nur zwei- bis dreimal in Kontakt standen. Bei diesen Kurzkontakten ging es meist darum „finanzielle Hilfe zu organisieren oder zu leisten, ein Gesuch zu stellen, Unterkunft zu suchen oder mit Ämtern, Gerichten, Behörden und Vormündern zu verhandeln“ (Dürrenmatt et al. 1977, S. 43). Bei den längerfristigen Kontakten war das Ziel meist, die Patienten vorzubereiten auf eine Vormundschaft, einen Heimeintritt oder eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung. Bei dieser Form der Abklärung ging es darum „mit einem Patienten zusammen dessen Lebenssituation vollständiger zu erfassen, nach Veränderungsmöglichkeiten zu suchen, gemeinsam erreichbare Ziele zu erarbeiten“ (Dürrenmatt et al. 1977, S. 43). Hochinteressant ist auch die Schilderung der Auftragsbeschaffung der Sozialarbeiterinnen: „Früher waren es meist Ärzte, Schwestern, Pfleger oder Behörden, die den Sozialdienst ersuchten, bei einer Entlassung mitzuhelfen. Vergangenes Jahr wandten sich vermehrt Patienten mit ihren Anliegen direkt an uns.“ (Dürrenmatt et al. 1977, S. 44)

1977 galt ein grosser Teil, der Arbeit der drei Sozialarbeiterinnen, den Akutpatienten beziehungsweise der Planung ihres Austrittes. Aber auch die Betreuung von Langzeitpatienten war ein wichtiger Auftrag der Sozialarbeiterinnen. Teilweise ging es darum, eine Verlegung in ein Alters- oder Pflegeheim zu organisieren sowie um die Auseinandersetzung der damit verbundenen Ängste und Unsicherheiten. Immer wieder hätten Langzeitpatienten den Weg aus der Klinik angestrebt. Die Sozialarbeiterinnen hätten in diesem Zusammenhang Hilfe bei der Stellensuche angeboten, jedoch teilweise auch unrealistische Wünsche korrigieren müssen. Der Versuch, die Langzeitpatienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren, war sehr zeitaufwendig. Immer noch hätte es in diesem Zusammenhang deutlich zu wenige Plätze in geeigneten Wohnheimen oder Pensionen gegeben. (Dürrenmatt et al. 1979) Aus dieser Schwierigkeit abgeleitet, hätte die Familienpflege wieder an Bedeutung gewonnen. Familien hätten diesbezüglich direkte Anfragen bei der Psychiatrischen Klinik Münsingen getätigt. „Wir machen die Erfahrung, dass der psychisch Kranke in einer guten Pflegefamilie die Geborgenheit erfährt, die ihn befähigen kann, wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.“ (Dürrenmatt, Studer & Häberli, 1978, S. 42)

Die Sozialarbeitenden beschreiben, dass der Sozialdienst in der PKM in den Jahren vor 1978 personell aufgestockt wurde.

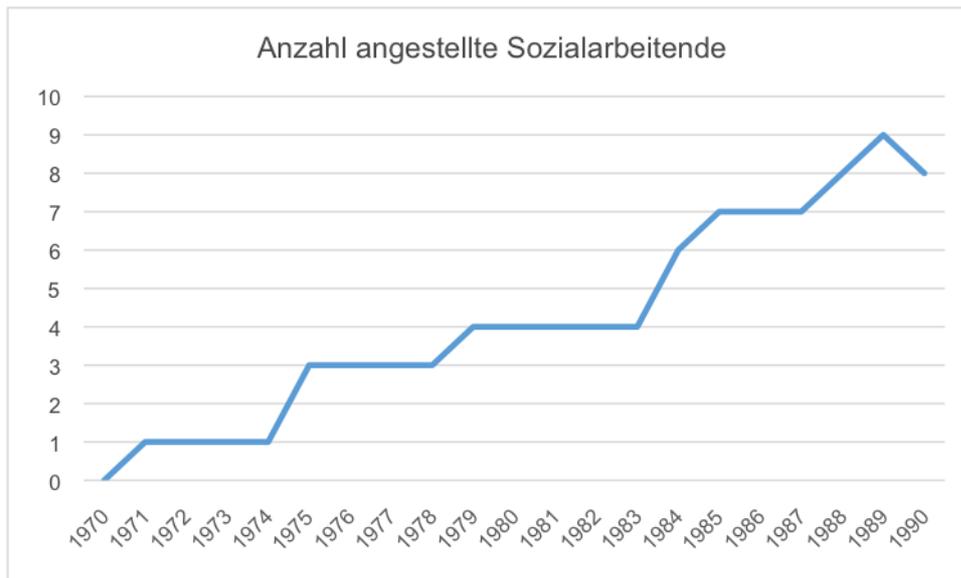


Abbildung 6. Anzahl angestellte Sozialarbeitende. Sammelnachweis aus Jahresberichten (1971-1991). Eigene Darstellung.

Dadurch hätten die Sozialarbeitenden ihren Auftrag besser erfüllen, ihre Arbeit frühzeitiger planen sowie individueller auf die Patienten abstimmen können. Die Sozialarbeiterinnen versuchten, eine tragfähige Beziehung zu den einzelnen Patienten aufzubauen, um anschließend gemeinsam eine Lösung zu finden, die den Bedürfnissen der Patienten gerecht wurde. (Dürrenmatt et al. 1979)

Im Selbstverständnis der Sozialarbeiterinnen hatte die sozialpsychiatrische Arbeit ein hohes Gewicht. „In unzähligen Gesprächen mit Angehörigen der Patienten, Behörden und Institutionen knüpften wir Kontakte nach aussen und leisteten so unseren Beitrag, Verständnis für unsere psychisch Kranken zu wecken und Vorurteile abzubauen.“ (Dürrenmatt et al. 1978, S. 42)

Durch das Herabsetzen der Bettenzahl wurde der Auftrag, neue Lösungen für Langzeitpatienten zu suchen, noch wichtiger und zeitaufwendiger. Die Familienpflege spielte in diesem Zusammenhang wiederum eine zentrale Rolle. Jedoch würden nur Familien aus ländlichen Gebieten ein Interesse anmelden. (Dürrenmatt, 1981)

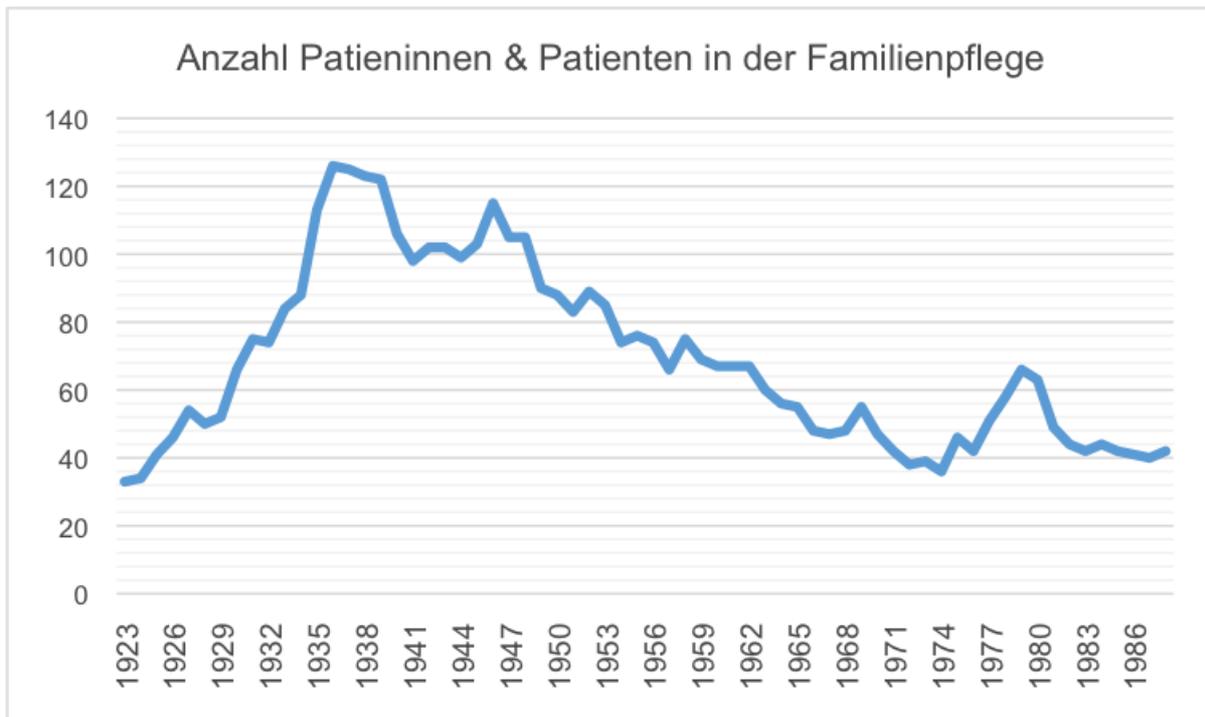


Abbildung 4. Anzahl Patientinnen & Patienten in der Familienpflege. Sammelnachweis aus Jahresberichten (191-1989). Eigene Darstellung.

Zur Bedeutung und den Tätigkeitsfeldern in der Familienpflege wird später noch intensiver Stellung genommen.

Ebenfalls wurde 1980 durch die Sozialarbeitenden eine kleine Wohngemeinschaft in Thun für Langzeitpatienten gegründet. Finanziert wurde das Projekt über eine gemeinnützige Organisation, durch welche auch eine Teilzeitarbeit für die Patienten in der Wohngemeinschaft installiert wurde (Dürrenmatt, 1981). Die Betreuung und Begleitung dieser ehemaligen Patienten sei zu einem weiteren Aufgabengebiet des Sozialdienstes geworden. (Dürrenmatt, 1982)

Der Auftrag des Sozialdienstes habe zu Beginn der 1980er Jahre noch dieselben Themen beinhalten. Einerseits sei dabei viel Zeit für die Beratung und Abklärung von Patienten, die nach langem Klinikaufenthalt eine Neuorientierung im Leben vornehmen wollten, aufgewendet worden. Andererseits habe eine grosse Zahl an Besprechungen mit Angehörigen, Vormündern und Arbeitgebern stattgefunden, um die Umwelt in die Vorbereitungen des Klinikaustrittes miteinzubeziehen.

Der Sozialdienst wurde als Nahtstelle zwischen Aussenwelt und Klinik verstanden. Es wurden Wissen über Arbeitsstellen, Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten akkreditiert, aber auch Kontakte zu Privatpersonen, Versicherungen und Amtsstellen geschaffen. Für ehemalige Patienten wurde der Klub 80 in Thun durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Klinik Münsingen gegründet. Ziel des Klubs war es, Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten zu schaffen für Personen mit psychischen Problemen. Die Sozialarbeitenden hatten nämlich

festgestellt, dass die Thematik der Einsamkeit den ehemaligen Patienten oft zu schaffen machte. Auch für die Langzeitpatienten sei die Orientierung des Sozialdienstes nach aussen zentral gewesen. Es konnten für Langzeitpatienten Angebote geschaffen werden, um am Leben ‚draussen‘ teilzunehmen, beispielsweise durch Arbeitsversuche, Ferienaufenthalte oder Kursbesuche. (Dürrenmatt, 1982)

Im Jahr 1985 wurde der Sozialdienst vom Klinikdirektor in der Chronik des Jahresberichtes erwähnt. Der Klinikdirektor nahm die Problematik der immer noch gedämpften Wirtschaftslage und die damit in Verbindung stehenden Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Auftrages des Sozialdienstes auf. Die Wiedereingliederung der Patienten in eine Arbeitsstruktur hätte nur zähflüssig in Gang kommen können. Entlastung hätte womöglich eine neue externe Wohngemeinschaft für ehemalige Patienten bieten können. Da jedoch das Personal fehlte, um die Patienten auf diesen Schritt vorzubereiten, konnte diese Massnahme nicht umgesetzt werden. Ein weiterhin bestehender, wichtiger Bestandteil der klinischen Rehabilitationsbemühungen sei der freiwillige Besucherdienst. Dieser sei von einer Sozialarbeiterin ins Leben gerufen worden und habe 1985 bereits über Jahrzehnte hinweg Bestand gehabt. (Menzi, 1986)

Auch 1986 widmete der Klinikdirektor der Familienpflege ein kurzes Kapitel. Diese sei durch den Sozialdienst der PKM installiert worden. Die Platzierung in Pflegefamilien biete eine individuelle Betreuung und Anregung sowie Beschäftigung von Langzeitkranken. Ebenfalls ist die Sozialarbeiterin Verena Dürrenmatt namentlich im Bericht erwähnt, da sie nach fünfzehnjähriger Tätigkeit in der Psychiatrischen Klinik in den Ruhestand tritt. Ihr verdanke die Klinik wertvolle sozialpsychiatrische Impulse. (Menzi, 1987)

1989 ist die Zahl der Austritte erstmals in der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsingen über die Tausendergrenze gestiegen. Trotz der vielen Langzeitpatienten konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gekürzt werden. Die Zahl der jährlich hospitalisierten Kranken nahm zu, während gleichzeitig die Bettenzahl rückläufig war. (siehe Abb. 2, S. 36)

Ende 1989 wurde die Betreuung einer grossen Anzahl an Patienten der Familienpflege von Einrichtungen der Fürsorge übernommen. (Pauchard, 1990) Der Klinikdirektor, Dr. Jean-Pierre Pauchard, stellte im Jahr 1990 einen „gravierenden Mangel“ an Sozialarbeitern fest, der nach wie vor ein „ernsthaftes Problem“ der Klinik darstelle. (Pauchard, 1991, S. 101) Durch diese Unterdotierung der Sozialarbeitenden und auch der Ärzte sei den Patienten das Recht auf eine Behandlung, die den damaligen Vorstellungen einer Psychiatrie entsprach, genommen worden. Der Klinikdirektor stellte 1990 zudem fest, dass durch den Regierungsstatthalter vermehrt stark verhaltensgestörte oder psychotische Patienten zugewiesen wurden. Die sozialpädagogische Betreuung und Begleitung dieser Patienten sei sehr personalin-

tensiv gewesen. Ebenfalls habe sich die Wiedereingliederung immer wie schwieriger gestaltet. (Pauchard, 1991)

Neben den Jahresberichten konnten wir weitere Daten aus dem Archiv des Sozialdienstes in der Klinik Münsingen zur Beantwortung der Forschungsfrage beziehen. Für den „Unterricht mit Blockstudenten“ wird 1988 der Sozialdienst der Psychiatrischen Klinik vorgestellt. (Schläpfer, 1988, S.1) Ruth Schläpfer beschrieb, dass Soziale Arbeit immer mit Randgruppen einer Gesellschaft zu tun habe. Im Selbstverständnis sei Soziale Arbeit „eine spezifische berufliche Tätigkeit, die die bessere gegenseitige Anpassung von Person, Familien und Gruppen einerseits und ihrer Umgebung andererseits sowie das Gefühl von Würde und Verantwortung beim Menschen fördern will, in dem sie an die persönlichen Fähigkeiten, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Hilfsquellen der Gesellschaft appelliert“ (Schläpfer, 1988, S. 1). Dieses Berufsbild zeichnete sich auch in Bezug auf die Arbeit des Sozialdienstes in der Klinik ab. *Gemeinsam* mit dem Patienten oder der Patientin sollte eine Problemdefinition der Schwierigkeiten im sozialen Bereich sowie anschliessend eine Zieldefinition gemacht werden. Bei der Realisierung der einzelnen Schritte sollten die Patientinnen und Patienten im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt werden. „Unsere Arbeit versteht sich als Teil der psychiatrischen Behandlung, welche innerhalb eines therapeutischen Teams von Arzt, Pflegepersonal, Psychologe, Ergotherapeut, Physiotherapeut und Sozialarbeiter geschieht.“ (Schläpfer, 1988, S.2) Als erste und wichtigste Aufgabe des Sozialdienstes wird die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Austritt genannt. Die Problem- oder Themenbereiche, die der Sozialdienst möglichst ganzheitlich und systemisch abzudecken versucht sind folgende: Zwischenmenschliche Beziehungen, Psychische Erkrankung und ihre Folgen, Sucht und ihre Folgen, Arbeit, Schule, Beruf, Wohnen, Finanzen, Rechtsfragen und Versicherungen. Die Beratung fände in Einzel- oder Gruppengesprächen ebenso wie mit den Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten statt. Die Sozialarbeitenden sollen „verstehen, stützen, beraten, begleiten“ sowie ungenutzte und unentdeckte Fähigkeiten fördern. (Schläpfer, 1988, S. 3) Im Bereich der Suchterkrankungen konnten Triagen zu spezifischen Beratungsstellen und Suchteinrichtungen eingeleitet werden. Beratung und Begleitung bei der beruflichen Eingliederung sowie über geeignete Wohnformen waren wichtige Tätigkeitsbereiche des Sozialdienstes. Im Bereich der Finanzen werden Budgetberatungen, Lohnverwaltungen und Schuldensanierungen durchgeführt sowie Fürsorgeleistungen oder wenn nötig Überbrückungshilfe in Form von Beiträgen der Soforthilfe der Psychiatrischen Klinik Münsingen eingeleitet. Wenn eine Beistand- oder Vormundschaft errichtet wurde, waren Beratungen der Sozialarbeitenden ein Angebot. Ebenso, wenn es um Leistungen der Sozialversicherungen ging. Auch ausserhalb der Klinik hätten die Sozialarbeitenden wichtige Aufgaben. Erstgenannt wird die Familienpflege, aber auch die Nachbetreuung, Abklärungen

für die Invalidenversicherung, die Begleitung der Wohngemeinschaften, der Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für Angehörige, sowie die freiwilligen Helferinnen. (Schläpfer, 1988)

Betreffend der Familienpflege konnte eine hochspannende Entdeckung im Archiv des Sozialdienstes gemacht werden. Uns liegt ein Pflegevertrag zwischen der Psychiatrischen Klinik Münsingen und einer Pflegefamilie aus dem Jahr 1977 vor. Im Vertrag sind die Modalitäten der Familienpflege geregelt. Die Pflegefamilie war verpflichtet, den Patienten oder die Patientin gleich wie einem Familienmitglied Verpflegung und Unterkunft zu gewähren. Dem Patienten oder der Patientin sollte stets verständnisvoll und wohlwollend begegnet werden, körperliche Massregelungen waren untersagt. Der Patient oder die Patientin konnte zu Mitarbeit, die ihrem körperlichen und geistigen Zustand entsprach, aufgefordert, aber nicht gezwungen werden. Die Pflegefamilie war verpflichtet der beauftragten Person, beispielsweise der Sozialarbeiterin, des Sozialarbeiters, Auskunft zu geben und Zutritt zu dem Lebensraum des Patienten oder der Patientin zu gewähren. Das Kostgeld, das eine Pflegefamilie für die Verrichtung ihrer Pflichten erhielt, belief sich auf 20.- Franken pro Tag. (Pflegevertrag, 1977)

Wie häufig die Modalitäten des Vertrages überprüft wurden, kann nicht erkannt werden.

9. Zwischenfazit 1920-1990

Ziel des Fazits soll es sein, die verschiedenen Bezüge, welche wir aus den Jahresberichten herausgefiltert haben, kurz darzustellen. Die Erkenntnisse aus dem ersten Teil der Arbeit sollen ersichtlich sein und es werden erste Schlussfolgerungen gezogen. Auch eine erste Überprüfung zum Beantworten der Forschungsfrage soll dabei geschehen. Es war schon zu Beginn festzustellen, dass ein Zusammenhang zwischen den, in der Methodik genannten, Kategorien besteht. Ein Vergleich der Wechselwirkungen oder der Korrelationen im Kategoriensystem wird jedoch erst zum Schluss des Fazits angestrebt.

Einer der Reize der vorliegenden Arbeit ist, dass sich die ausgewählten Faktoren gegenseitig beeinflussen. Da sich alle Faktoren gegenseitig auch über die Zeit beeinflussen, reicht es nicht, eine Entwicklung nur zwischen zwei Jahrzehnten zu rekonstruieren. Dafür braucht es die Erkenntnisse auch aus den Jahren zuvor. Es muss aufgezeigt werden, wie Entwicklung überhaupt zu Stande kommt.

9.1. Therapeutische Veränderungen 1920-1990

Die Psychiatrie in Münsingen ist eine noch relativ junge Institution. Das Baujahr der Psychiatrischen Klinik Münsingen ist auf das Jahr 1895 datiert. Die Entwicklung der Therapieformen schreitet in der Psychiatrischen Klinik Münsingen rasant voran. Schon zu Beginn der 1920er Jahre entwickelte sich mit der Einführung der ‚aktiveren Krankenbehandlung‘ durch Dr. Her-

mann Simon eine neue Ära im Umgang mit psychisch kranken Menschen. Der Ansatz dieser Therapieform war insbesondere in der Zwischenkriegszeit eine als modern zu wertende Entwicklung. Durch den Einbezug der Kranken in normale Tagesabläufe und dadurch, dass der Versuch unternommen wurde, ihnen eine Tagesstruktur zu geben, konnten psychisch beeinträchtigte Personen auf eine andere Art genesen. So wurde ihnen eine Welt geöffnet, in welcher sie sich entwickeln und sich behaupten konnten. Dabei ging es nicht in erster Linie darum, sie vollständig arbeitsfähig zu machen, sondern vielmehr darum, ihre Selbstverwirklichung zu fördern. Leider kam es in den Kriegsjahren zu einem Rückschritt und die Psychiatrie griff vermehrt wieder auf alte Mittel wie die Einschliessung zurück. Es werden auch durch die Psychiatrische Klinik Münsingen Sterilisationen, Elektroschocktherapien und riskante Eingriffe wie die neurochirurgische Leukotomie durchgeführt.

Die grosse Neuerung geschieht durch die Entdeckung von Wirkstoffen, welche die Symptome einer psychischen Krankheit beeinflussen. Die beiden Neuerungen der aktiveren Krankenbehandlung und der Entdeckung der ersten Psychopharmaka lassen einen gewissen Fortschritt erkennen. Die in den 1950er Jahren aufkommenden Psychopharmaka konnten meist nicht eine Heilung der Krankheit, jedoch eine Linderung der Symptome beziehungsweise des Krankheitsbildes bewirken (Müller, 1955). So bestand vermehrt die Möglichkeit, die Personen (wieder) in ein soziales Umfeld zu integrieren, so die Autorin und der Autor. Negativ oder kritischer ausgedrückt, wurden die psychisch Kranken durch die Medikamente ruhiggestellt, so konnte eine Annäherung an die gesellschaftliche Norm stattfinden (Meier, Bernet, Dubach & Germann, 2007). Es besteht weiter die Annahme, dass diese beiden Neuerungen einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Sozialpsychiatrie hatten. Sicherlich muss an diesem Punkt auch erwähnt werden, dass nicht nur die Fortschritte, sondern auch die Problematiken innerhalb der Psychiatrischen Klinik Münsingen zur Institutionalisierung der Sozialpsychiatrie führten. Zum einen spielte der politische Druck des Kantons, die Psychiatrien zu dezentralisieren, eine wichtige Rolle. Zum anderen hatten gerade die gesellschaftlichen Einflüsse um die 1970er Jahre, wie beispielsweise die Psychiatrie-Enquete, nicht nur in Deutschland und Frankreich, sondern auch in der Schweiz und auch in Münsingen einen Einfluss. Die Recherche hat jedoch ergeben, dass die Psychiatrische Klinik Münsingen oder zumindest die Personen in leitenden Funktionen therapeutischen sowie sozialreformerischen Neuerungen äusserst kritisch gegenüberstanden. Kognitive und Verhaltenstherapien, die Selbst- und Ich-Psychologie sowie systemische Theorien wurden an den Rand der Esoterik gestellt. (Menzi, 1985)

9.2. Gesellschaftliche Einflüsse 1920-1990

Nach dem ersten Weltkrieg wurde versucht, eine gewisse Normierung und Selektion der Bevölkerung voranzutreiben. Es herrschte eine grosse Angst und Verunsicherung gegenüber der Psychiatrie. Diese Angst war sicher begründet, waren die Gesetzgebungen noch sehr frisch und die Macht der Psychiatrie sehr gross. (Meier et al., 2007) Sie ist auch historisch zu erklären, da zu früher Zeit im 19. Jahrhundert viele als psychisch krank bezeichnete Leute interniert und wie Gefangene gehalten wurden. Somit entstand eine Stigmatisierung gegenüber der Institution der Psychiatrie. Die Psychiatrien, im französischen 19. Jahrhundert Hôpital général genannt, seien als dritte Gewalt der Repression neben der Justiz und der Gendarmerie zu verstehen. „In seiner Funktion oder seinem Zweck nach gehört das Hôpital général zu keiner medizinischen Idee.“ (Foucault, 2005, S.73)

Erst im 20. Jahrhundert entstand das Bedürfnis, die Kranken durch frühe Behandlungsformen zu heilen. Es gab auch kaum Alternativen einer Platzierung zu dieser Zeit. Durch die Zunahme der Krankheitsfälle in Münsingen ist weiter zu beobachten, dass sich die Leute nicht zu helfen wussten, sei es, da sie einen Wohnortwechsel vom Land in die Stadt vollzogen und daher ihre Kranken nicht mehr zu Hause pflegen konnten oder da sie in der Anstalt auch eine Möglichkeit sahen, ihre Kranken entweder zu deponieren oder zu heilen, so die Annahme der Autorin und des Autors aus den Erkenntnissen, welche aus den Jahresberichten gezogen wurden. Die Medizin machte riesige Fortschritte, nicht nur mit der Einführung der Psychopharmaka.

Wir erkennen eine anhaltende Diskriminierung psychisch Kranker auch nach 1970. Es ist dies nicht nur eine Diskriminierung von Seiten der Politik, sondern auch eine der Gesellschaft. Die Autorin und der Autor stellen eine Diskrepanz im Verhalten ‚der Gesellschaft‘ fest, wenn zum einen die Institution der Psychiatrie stark kritisiert wird, zum anderen aber die Angehörigen nicht mehr bereit waren, die psychisch Kranken in der Familie zu pflegen. Bald schon erkennen wir, dass diese Verantwortung, indem die Angehörigen in den Behandlungsprozess einbezogen werden, geteilt werden soll. Diese Hypothese stellt jedenfalls Dürrenmatt 1975 auf. Die Diskriminierung von psychisch Kranken besteht insbesondere auch auf dem Arbeitsmarkt. Vor allem in Zeiten der Rezession waren psychisch Kranke die ersten, die ihre Anstellung verloren beziehungsweise nach Austritt aus der Klinik die Letzten, welche wieder eine fanden. (Dürrenmatt, 1975)

9.3. Politische Einflüsse 1920-1990

Wir erkennen den stetigen Kostendruck, welcher sich auf die Heil- und Pflegeanstalten auswirkt. Der finanzielle Druck beeinflusst natürlich jede Kategorie, welchen wir herausgefiltert und beschrieben haben. Werden politisch nicht genügend finanzielle Mittel gesprochen, um

den Bedürfnissen der psychisch Kranken in der Psychiatrischen Klinik gerecht zu werden, so hat dies negative Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden sowie auf das Bild, welches die Bevölkerung von der Klinik hat und schlussendlich auf ihre Legitimität. Die Problematik der finanziellen Engpässe in der Psychiatrischen Klinik bestanden bis zum Ende der untersuchten Periode. Im Jahr 1990 wird immer noch durch den Klinikdirektor Dr. Jean-Pierre Pauchard beschrieben, wie insbesondere in den ländlichen Gebieten des Kantons Bern zu wenig finanzielle Mittel vorhanden gewesen seien. Es benötige eine Reaktion von Seiten der Politik oder „die Zurückentwicklung in die Ära der Anstalts- und Verwahrungspsychiatrie [wäre] kaum mehr aufzuhalten.“ (Pauchard, 1990, S. 101)

Im Jahresbericht von 1974 lesen wir von einem neuen Spitalgesetz im Kanton Bern, welches durch das Volk bewilligt wurde. Darin wird festgehalten, dass ein Steuerzehntel in die Spitäler fließen würde. In Münsingen wurde erhofft, dass dadurch auch der Neuerung einer Psychiatrie vorangehen werde und damit die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung besser gewährleistet werden könnte. Zudem sollte durch eine lückenlose, regionale Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Angeboten die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung verbessert werden. Auch war die Invalidenversicherung um 1973 bestrebt, andere Lösungen beziehungsweise andere Formen des Wohnens für psychisch Kranke zu verwirklichen. Diese scheiterten jedoch in Münsingen, da der Kanton Bern nicht bereit war, einen Teil der Finanzierung zu übernehmen.

Wie bereits im letzten Kapitel kurz angetönt wurde um 1975 durch das neue Psychiatriekonzept des Kantons Bern versucht, die Psychiatrien zu dezentralisieren. 1979 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern entschieden, die Psychiatrische Klinik auf 600 Betten zu redimensionieren. Dies kann als Reaktion auf die Kritik an der Grösse, der Überbelegung und Starrheit der Klinik Münsingen interpretiert werden.

1981 wurde durch die Gesetzesänderung die Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE) vollzogen. Die eingeleiteten therapeutischen Schritte konnten dadurch rechtlich angefochten werden. Hier muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass die Psychiatrische Klinik damals in dieser Gesetzesänderung vor allem eine Bürokratisierung, einen administrativen Mehraufwand und eine – der Psychiatrie unterstellte – im Vornherein vermutete Freiheitsberaubung gesehen hat. (Wyss, 1981)

9.5. Öffentlichkeitsarbeit 1920-1990

Von Renovierungsarbeiten schreibt Max Müller, der damalige Direktor der Heil- und Pflegeanstalt, im Jahr 1939. Es ginge bei diesen Renovationen auch darum, den Angehörigen ein besseres Bild von der Anstalt zu vermitteln. Müller sah diese Umbauarbeiten als Öffentlich-

keitsarbeit. So sollten Warte- und Aufenthaltsräume geschaffen werden. Bei der Errichtung der ambulanten Beratungsstellen in Interlaken und Meiringen ging es ebenfalls darum, die Psychiatrie der Öffentlichkeit näher zu bringen, der Krankheit nicht nur hinter den Anstaltsmauern, sondern auch ambulant begegnen zu können und so auf der einen Seite gezielter, auf der anderen Seite aber auch öffentlich zugänglicher zu arbeiten. Durch Vorträge in den umliegenden Gemeinden wurde versucht, bei der Bevölkerung die Angst vor der Psychiatrie zu mildern (Müller, 1955) Walther-Büel schreibt 1969 von einer Öffnung der Anstalt. So sei sie mit dem Auto besser erreichbar geworden. Weiter könne dies auch mit einer therapeutischen Entwicklung zusammenhängen, welche, soweit es möglich war, die Angehörigen von psychisch Kranken in den Heilungsprozess einzubinden versuchten, was aber im Entferntesten auch als Öffentlichkeitsarbeit betrachtet werden könnte. Ebenfalls wurden die Türen für interessierte Gruppen geöffnet. Ziel war es, die Arbeit mit psychisch kranken Personen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und somit die Angst vor einer Internierung zu minimieren, so die Annahme des Autors, der Autorin. Im Jahre 1988 wurde dann eine PR-Organisation gegründet mit dem Ziel, der Bevölkerung ein klareres Bild über die Arbeit der Klinik zu vermitteln. Im gleichen Zeitraum wurde die Ethikkommission der Psychiatrischen Klinik ins Leben gerufen. Die Leitung der Klinik erkannte, dass sich die Mitarbeitenden in einem rechtlich und ethisch schwierigen Feld bewegen. Es habe ein relativ breiter Ermessensspielraum bestanden über die Legitimität gewisser Entscheide, da die Patientinnen und Patienten oft nicht urteilsfähig gewesen seien. Die Ethikkommission sollte dabei eine Entscheidungshilfe darstellen. (Pauchard, 1988)

9.6. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit 1920-1990

Wir erkennen bei den Neuerungen in der Organisationsstruktur jeweils ein Defizit bei den finanziellen Möglichkeiten, welche die Anstalt durch diese Zeit begleiteten. Interessant ist der Vergleich von Wyss 1966, welcher die Anstalt in Münsingen mit einer halb so grossen Institution der Schweiz vergleicht. Er zeigt hier klar auf, welche Möglichkeiten einer grossen Anstalt verwehrt bleiben würden, da sie sich durch ihre Grösse nur schwer erneuern könne. Um 1975 wird in der Psychiatrischen Klinik dann ein grosser Renovationsprozess vorangetrieben. Es geht dabei letztlich auch darum, neben der Anpassung der Lebensumstände in der Institution auch eine Trennung der Krankheitsbilder anzustreben. Weiter wurde in diesem Umbauprozess eine Verkleinerung der Bettenzahl umgesetzt, um die Klinik ‚dynamischer‘ zu machen.

Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit erkennen wir erst ab 1970 Veränderungen. Es ist klar ersichtlich, dass die Professionen der Sozialen Arbeit und der Psychologie erst in dieser Zeit in die Psychiatrische Klinik Münsingen einbezogen wurden. Dies sicherlich auch aus

dem Grund, dass eine Institution wie eine Psychiatrie medizinisch, also ärztlich, geleitet wird und der Fokus daher klar auf diesem Gebiet liegt, so unsere Annahme. Bei den Personalbeständen erkennen wir einen anhaltenden Druck, welcher sich auch dahingehend auswirkt, dass sich stetig zu wenig Angestellte, vor allem Pflegende, in der Institution bewegen. Eine Hypothese hier ist, dass stetiger Kostendruck nicht förderlich für ein gutes Arbeitsklima ist, und deshalb auch eine hohe Fluktuation von Fachpersonal immer wieder zu erkennen ist.

9.7. Fürsorgearbeit und Sozialdienst 1920-1990

Im Jahre 1920 waren noch keine Sozialarbeitenden oder FürsorgerInnen in der Heil- und Pflegeanstalt Münsingen angestellt. Die erste Fürsorgerin muss um 1930 eingestellt worden sein. Ihr Zuständigkeitsbereich sei es gewesen, die ambulanten Dienste in den verschiedenen umliegenden Gemeinden und Städten zusammen mit einem Arzt abzudecken. Die zweite Fürsorgerin, welche dann für die internen Arbeiten der Fürsorge zuständig war, wurde erst 1951 eingestellt. Wir erkennen danach keine Veränderungen bis 1962, als Dr. Rudolf Wyss die Arbeit der Fürsorger mit Alkoholkranken beschreibt. Er schreibt dies in der Mehrzahl, womit davon ausgegangen werden kann, dass in dieser Zeit mehrere Fürsorger und Fürsorgerinnen im internen Dienst der Klinik angestellt waren. Er schreibt weiter über die Aufgaben dieser Arbeit, die Platzierungen, Aufklärungen und Gruppenarbeiten mit den Klienten.

In Bern erhielten die ersten Sozialarbeitenden Mitte der 1970er Jahre ihr Abschlussdiplom (Wyssen-Kaufmann, 2005). 1974 wurde der mit drei Stellen besetzte Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik gegründet. Er wird 1974 jedenfalls erstmalig in den Jahresberichten erwähnt. Dies in einem eigenen Kapitel, in welchem die Arbeit und der Auftrag des Sozialdienstes erklärt werden. Die erste Forschungsfrage nach dem Zeitraum der Entwicklung des Sozialdienstes kann also beantwortet werden. Die Psychiatrische Klinik Münsingen hat dem zufolge sehr schnell auf diese Neuentwicklung reagiert und nur ein Jahr später den Sozialdienst institutionalisiert.

Die Forschungsfrage, welches der Auftrag des Sozialdienstes war und wie sich dieser entwickelte, wird im nachfolgenden Abschnitt beantwortet.

„Unsere Arbeit bestand in der Hauptsache aus der Mithilfe bei den Entlassungsvorbereitungen.“ (Dürrenmatt, 1975, S. 40) So die Sozialarbeiterin im Jahresbericht von 1974. Es ist erkennbar, dass die Fürsorgenden und später Sozialarbeitende für den Bereich der Familienpflege zuständig waren. Sie sorgten dabei für die Nachbetreuung, erstellten Verträge mit den Pflegefamilien und begleiteten diese in der Zeit, während der ein Patient oder eine Patientin dort platziert war. Auch der Kontakt zu Familie und Arbeitgebern sei zentral bei der Arbeit mit psychisch kranken Personen. Auch wurden die Patienten und Patientinnen begleitet, wenn es darum ging, eine Vormundschaft zu errichten, in ein Heim oder betreutes Woh-

nen überzutreten, eine Abklärung bei einer Sozialversicherung einzuleiten oder wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden. Dabei konnte nicht nur eine rechtliche Beratung bei den Sozialarbeitenden in Anspruch genommen werden, sondern auch in Bezug auf die Ängste und Unsicherheiten, die mit einem Klinikaustritt in Verbindung standen, insbesondere bei Langzeitpatienten und -patientinnen. Der Beziehungsaufbau sei ein wichtiger Aspekt sozialarbeiterischen Handelns gewesen. Die Nachbetreuung von ehemals Hospitalisierten sei ein grosses Bedürfnis gewesen, doch die Möglichkeiten waren auf Grund der Kapazitäten von Sozialarbeitenden zumindest 1974 gering (Dürrenmatt, 1975).

Den Auftrag, in einem Fall aktiv zu werden, erhielten die Sozialarbeitenden meist vom zuständigen Arzt, teilweise über das Pflegepersonal oder über externe Behörden. Interessant ist zu sehen, dass von der delegierten Sozialarbeit zu einer offeneren Sozialarbeit ein fließender Wandel stattgefunden hat. So seien im Jahr 1976 Patienten und Patientinnen auch auf Sozialarbeitende direkt zugegangen, um mit ihnen ihr Anliegen zu diskutieren und weitere Schritte zu planen. 1978 und 1984 wurde der Sozialdienst der PKM signifikant aufgestockt. Dies aufgrund der hohen Zahl an austretenden Patientinnen und Patienten sowie der damit einhergehenden Arbeitsüberlastung der Sozialarbeitenden, so die Annahme der Autorin, des Autors (siehe Abb. 2, S. 36 & Abb. 6, S. 49). Die Sozialarbeitenden haben noch in den 1970er Jahren festgestellt, dass das Angebot an geeigneten Plätzen in Wohnheimen, Pflegefamilien und Pensionen zu klein war. Ebenfalls stellten die Sozialarbeitenden einen Mangel an sozialpsychiatrischen Angeboten fest. Es gelang den Mitarbeitenden des Sozialdienstes nicht nur, diesen Mangel festzustellen, sondern es wurde 1980 durch die Sozialarbeitenden eine kleine Wohngemeinschaft in Thun für Langzeitpatienten gegründet. Finanziert wurde das Projekt über eine gemeinnützige Organisation, durch welche auch eine Teilzeitarbeit für die Patienten in der Wohngemeinschaft installiert wurde.

Auch andere Projekte wurden durch Sozialarbeitende der Klinik initiiert. Beispielsweise wurde eine Selbsthilfegruppe, der ‚Klub 80‘, für ehemalige Patientinnen und Patienten in Thun gegründet. Ziel war es, dadurch Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten zu schaffen und so die Einsamkeit, welche bei vielen Patientinnen und Patienten als Problematik festgestellt wurde, verringern zu können. Als Kapital der Sozialarbeitenden kann das Wissen über Arbeitsstellen, Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten, aber auch Kontakte zu Privatpersonen, Versicherungen und Amtsstellen verstanden werden.

Abschliessend kann der Sozialdienst als Verbindung zwischen der Psychiatrischen Klinik und der Aussenwelt verstanden werden.

Hochspannend ist der Vergleich zwischen dem Selbst- und dem Fremdbild des Sozialdienstes. Hier seien nämlich Diskrepanzen aufgetaucht. Verena Dürrenmatt beschrieb, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik den Sozialarbeitenden die Rolle

der Arbeitsstellenvermittler zugeschrieben. Im Selbstverständnis gingen die Arbeit und der Auftrag des Sozialdienstes jedoch weit darüber hinaus und beinhalteten eine Hilfestellung auf dem Weg von der Klinik zurück ins gesellschaftliche Leben. Neben dem Bereich der Arbeit erkannten die Sozialarbeiterinnen auch Themen wie das Wohnen oder die finanzielle Situation und insbesondere die Unterstützung der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes, die Kooperation mit anderen involvierten Stellen, wie der damaligen Vormundschaftsbehörde oder der Invalidenversicherung, als ihr Aufgabengebiet. Im Hinblick auf diese Erkenntnis ist äusserst interessant, dass der Sozialdienst beziehungsweise die Mitarbeitenden, in Jahresberichten in den meisten Fällen nur dann eine Plattform für die Selbstdarstellung erhielten, wenn die Wirtschaftslage kritisch beziehungsweise in der Phase der Rezession war.

9.8. Korrelationen im Kategoriensystem 1920-1990

„Wenn Systeme einerseits durch eine bestimmte strukturelle Ordnung, andererseits durch eine Grenzziehung gegenüber ihrer Umwelt gekennzeichnet werden, so wird dabei vorausgesetzt, dass sowohl der Bestand der Systemstruktur als auch die Aufrechterhaltung der Systemgrenzen keineswegs unproblematisch sind, sondern durch einen Wandel der Umweltsituation, aber auch durch Störungen und Spannungen innerhalb des Systems selbst bedroht und verändert werden können.“ (Giesen, 1991, S. 188) Die Institutionalisierung des Sozialdienstes muss für die Psychiatrische Klinik Münsingen nach diesem Modell beurteilt eine schwierige ZerreiSSprobe gewesen sein. Denn die Einführung des Sozialdienstes brachte sowohl eine Veränderung der Systemstruktur, dadurch dass eine neue Berufsgruppe in die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einbezogen werden musste, zudem wurden durch die Arbeit des Sozialdienstes die Systemgrenzen abgeschwächt. Die Orientierung des Sozialdienstes galt nämlich nach aussen, galt der Umwelt der Institution. Die Arbeit nach einem sozialpsychiatrischen Konzept und letztlich auch die Einführung des Sozialdienstes waren aber eine zwingend nötige Anpassung des Systems der Psychiatrischen Klinik.

Das Modell der Kybernetik beschreibt, dass Systeme durch sogenannte Sollwerte oder Zielzustände gekennzeichnet sind, so Giesen weiter. Weicht der Istzustand auf Grund von Umwelteinflüssen oder interner Störungen vom Sollwert ab, so wird diese Abweichung von einem Sensormechanismus wahrgenommen und an ein Steuerungszentrum weitergeleitet. Anschliessend werden Kontrollressourcen eingesetzt, um die Abweichung vom Zielzustand zu beheben. Dies ist ein Idealbild perfekter Steuerung. Soziale Systeme können diesem Ideal nur annäherungsweise entsprechen. „Sollwertabweichungen können zu spät wahrgenommen oder falsch eingeschätzt werden, die Informationsübertragung an das Steuerungszentrum kann gestört sein, das Steuerungszentrum kann (. . .) unangemessen entscheiden, vor allem aber können die Kontrollressourcen nicht ausreichen, um starke Abweichungen

vom Zielzustand wieder einzuregeln.“ (Giesen, 1991, S. 190) In der Analyse der Jahresberichte ist mehrmals aufgefallen, dass Missstände relativ früh erkannt worden sind, die Reaktionen des Systems aber meist statisch waren, lange auf sich warten liessen. Dies könnte an mangelnden finanziellen Ressourcen liegen, in diesem Fall an ungenügenden Kontrollressourcen, die nicht ausreichen, um starke Abweichungen vom Zielzustand zu beheben. Ein Beispiel dafür ist die fehlgeschlagene Gründung eines Wohnheimes für psychisch Kranke 1975.

Die Institutionalisierung des sozialpsychiatrischen Ansatzes und mit ihm die Etablierung des Sozialdienstes benötigte sowohl das Streben von systemimmanenten Mitarbeitenden, dieses Anpassungsproblem zu beheben, also enger mit Angehörigen, Arbeitgebern und regionalen, ambulanten Betreuungs- und Behandlungsangeboten zusammenzuarbeiten, als auch die politischen Rahmenbedingungen, um die Dezentralisierung umzusetzen. Auch diese Veränderung brauchte einige Zeit, bis sie gänzlich in der Psychiatrischen Klinik institutionalisiert war. Hier könnte die These aufgestellt werden, dass die ärztliche Leitung der Klinik – also das Steuerungszentrum – nicht bereit war für diesen Korrekturversuch. Ein Erklärungsansatz wäre es zu sagen, dass der Sollzustand in den Augen der Direktion ein anderer war. Diese These lässt sich mit der kritischen Haltung des Klinikdirektors, Dr. Rudolf Wyss, vereinbaren. Er warnte 1977 davor, die Sozialpsychiatrie „zum Heilserbringer für alles und jedes machen zu wollen“. (Wyss, 1977, S. 43) Auch die Angst, als stationäre Klinik geschwächt zu werden, wäre ein möglicher Hinderungsgrund, sozialpsychiatrische Bestrebungen vollumfänglich umzusetzen. Diese Angst wäre nicht unbegründet gewesen, da die Klinik 1979 von der Gesundheitsdirektion tatsächlich auf 600 Betten redimensioniert wurde. Auch im Jahr 1982 wurde durch den Klinikdirektor Dr. Waldemar Menzi gewarnt, der sozialreformerische Umbruch habe zu einem Experimentierfeld geführt, „auf dem der psychisch Kranke als Objekt gesundheitspolitischer Planung eingesetzt und ins Streitgespräch psychiatrischer Antithesen geraten war“ (Menzi, 1982, S. 87).

In der Psychiatrischen Klinik Münsingen ist eine starke Rückkoppelung zwischen dem gesellschaftlichen Diskurs und der Entwicklung der Therapie- und Behandlungsformen erkennbar. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, als in Deutschland die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei an Einfluss und Macht gewinnt, sind eugenische Tendenzen auch in der Schweizer Psychiatrie, auch in Münsingen feststellbar. Es werden Sterilisationen durchgeführt. (Müller, 1951) Auch zwischen der Freiheitsbewegung von 1968 und der Kritik an der Psychiatrie durch die aufkommende Antipsychiatrie sowie die Psychiatrie-Enquete kann ein Zusammenhang hergestellt werden. Auch die Klinik Münsingen spürte die Kritik an ihrer Institution, an der Macht, über die sie verfügte und an den teilweise prekären Zuständen. (Wyss, 1977, 1978) Im Folgenden ist eine Reaktion des Klinikdirektors auf die öffentliche

Kritik dargestellt: „Als hervorstechende Erinnerung an das abgelaufene Jahr sind die mehrmals und in verschiedenen Variationen in der Öffentlichkeit erschienen Kritiken an den baulichen Zuständen und Einrichtungen in den bernischen Heilanstalten zu erwähnen.“ (Walther-Büel, 1966, S.49) Dr. Max Müller, der Klinikdirektor, beschreibt 1949, dass die Klinik Münsingen überfüllt sei. Diese Problematik deckt sich mit den statistisch erhobenen Daten. Da in den 1940er und 1950er Jahren zudem über 1100 Patientinnen und Patienten zur gleichen Zeit in einer Klinik hospitalisiert waren, die 1895 für 500 Patienten und Patientinnen erbaut wurde, kann die Annahme getroffen werden, dass die Situation für die Hospitalisierten auch in Münsingen nicht ideal war.

Im Kapitel der therapeutischen Veränderungen (8.1.) wird beschrieben, wie durch die Verlegung von über 50 Langzeitpatienten von der Psychiatrischen Klinik in die Heimstätte Bäraderen Lebensqualität nach Anlaufschwierigkeiten massiv gesteigert werden konnte. Dürrenmatt et al. beschreiben 1977, dass trotz dieser Erkenntnis zu wenige Platzierungsmöglichkeiten ausserhalb der Klinik bestanden. In den Jahresberichten wird beschrieben, wie ein solches Bauvorhaben trotz der Unterstützung der Gesundheitsdirektion sowie der Invalidenversicherung an der Finanzdirektion des Kantons gescheitert sei, was von dem Autoren und der Autorin als stossend empfunden wird. Eine weitere Hypothese ist, dass Soziale Arbeit erst durch therapeutische Veränderung vermehrt möglich war. Dies fängt bei der Arbeit an: Durch die Einsicht, wie viel jemandem zugemutet werden kann, kann ein gezielteres Angebot gesucht werden. Bei den Medikamenten ist es dasselbe. Wenn eine kranke Person durch Medikamente einen besseren Halt in ihrem Leben findet, ihre Krise vielleicht dadurch auch überwindet, erst dann ist sie fähig, in einem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt beziehungsweise bei ihrer Wohnmöglichkeit wieder Fuss zu fassen.

Vorteilhaft ist, dass die Psychiatrische Klinik in den 1980er Jahren mehr finanzielle Mittel zur Verfügung hatte, als sie Pflegepersonal beschäftigen konnte. Erst 1989 konnte seit vielen Jahren durch gezielte, intensive und langjährige Personalwerbung der Stellenplan im Bereich der Pflege voll belegt werden. (Komann, 1990) Auch die Personalfluktuationsrate war in allen Berufsgruppen zu der Zeit enorm hoch und lag durchschnittlich ungefähr bei 30%. Einerseits könnte dies mit der hohen Arbeitsbelastung beziehungsweise mit dem Schwierigkeitsgrad der Arbeit zusammenhängen. „Seit einiger Zeit ist bei unserem Pflegepersonal eine steigende Veränderung nicht zu übersehen, weil uns auffallend viele schwierige, erregte und gewalttätige Patienten zugewiesen werden (. . .). (Bettler & Walther, 1981, S. 47) Es besteht zudem die Möglichkeit, dass der chronische Personalmangel im Bereich der Pflege einen Zusammenhang mit der Reputation der Psychiatrischen Klinik hatte. Hatte die Klinik Münsingen einen schlechten Ruf, so wurde die Möglichkeit neue Mitarbeitende anzustellen negativ beeinflusst.

Interessant ist der Vergleich von Strafjustiz und Psychiatrie jedoch auch im 20. Jahrhundert. Geht man beispielsweise von einem fürsorgerischen Freiheitsentzug aus, so hatte dieser – bis zur Gesetzesänderung 2013 zur fürsorgerischen Unterbringung – den Freiheitsentzug im Namen. Die Gründe für eine fürsorgerische Unterbringung werden vom Justiz-, Gemeinde- und Kirchendepartement wie folgt beschrieben. Die Person leidet an einem Schwächezustand und deren Betreuung oder Behandlung ist nur durch eine Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung sicherzustellen. Es werden aber auch die Belastung und der Schutz von Dritten berücksichtigt. Die Platzierung in einer Psychiatrischen Klinik passiert zwar gegen den Willen der betroffenen Person, hat folglich einen starken Zwangs-, jedoch keinen Strafcharakter. Hier liegt der grosse Unterschied, so die Ansicht der Autorin, des Autors. Diese Thematik der Grenzziehung zwischen Strafvollzug und Psychiatrie ist auch für die Arbeit des Sozialdienstes zentral und sowohl im Interesse der Patientinnen und Patienten, wie auch der Sozialarbeitenden. Die Hospitalisierten finden eher wieder in ein System der Zugehörigkeit oder der Relevanz hinein, beispielsweise in einem Arbeits- oder sozialen Kontext, wenn sie nicht zusätzlich durch das – bewusste oder unbewusste – Stigma als Straftätige denunziert werden, so unsere Annahme.

Die Politik, genauer der Gossrat des Kantons Bern, verlangte 1977 von der Psychiatrielandschaft, vermehrt sozialpsychiatrisch zu arbeiten. Auch der Psychiatriedirektor Dr. Rudolf Wyss beschreibt bereits 1973, wie wesentlich die Verbindung zwischen ambulanten und stationären Angeboten war: „Wenn es gelingt, planmässig die Regionalisierung voranzutreiben und eine lückenlose regionale Zusammenarbeit zwischen extrahospitalen und den klinischen Dienstleistungen zu schaffen, wird die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung wesentlich verbessert werden.“ (Wyss, 1973, S. 38)

Um diese Sozialpsychiatrischen Bestrebungen umsetzen zu können, um eine Brücke zur Aussenwelt, zum Netzwerk der Klinik aufzubauen, wurden Sozialarbeitende eingestellt. Diese kümmerten sich auch, soweit es in ihren Möglichkeiten lag, um die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten. Um die zunehmende Zahl der Austritte bewältigen zu können, wurden die Stellenprozente bald aufgestockt, so unsere Annahme.

„Eine abseits stehende Fachdisziplin der Medizin war in einer Epoche des sozialreformerischen Umbruchs und des ‚Psychobooms‘ unversehens zum Experimentierfeld geworden, auf dem der psychisch Kranke als Objekt gesundheitspolitischer Planung eingesetzt und ins Streitgespräch psychiatrischer Antithesen geraten war.“ (Menzi, 1882, S. 87) Dieses Zitat des Klinikdirektors könnte eine massive Schwierigkeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit widerspiegeln. Die Ärzte nahmen sich als abseits stehende Fachdisziplin wahr, gleichzeitig übernahmen sie jedoch alle leitenden Funktionen in der Klinik. Diese Diskrepanz ist hochspannend. Drei Jahre später, 1985 beschrieb Dr. Waldemar Menzi das „(...) esoterische

psychiatrische Argumentationsgebäude, in welches nur noch Zutritt hat, wem die Weihe spekulativer Konstrukte der Selbst- und Ich-Psychologie zuteilwurde. Derartige Entwicklungen führen die Psychiatrie noch mehr ins Abseits und verunmöglichen interdisziplinäre Kontakte.“ (Menzi, 1985, S. 92) Auch hier sehen die Autorin und der Autor eine Problematik in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Wurden nämlich die Psychologen und die Sozialarbeitenden in ihren theoretischen Grundlagen nicht ernstgenommen oder gar als esoterisch abgetan, so wäre die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen schwierig zu gestalten gewesen. Diese These gilt es in den Experteninterviews zu überprüfen.

Es ist klar erkennbar, dass der Auftrag des Sozialdienstes eng mit anderen Einflüssen gekoppelt war. Wenn der (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt schwierig war, so stieg auch der Schwierigkeitsgrad der Tätigkeit von Sozialarbeitenden, da Arbeitsplätze für psychisch Kranke in der Rezession kaum zu finden waren. Die Sozialarbeitenden führten zu diesem Zweck Gespräche mit Arbeitgebern. Dies hatte aber auch einen direkten Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit. Wenn nämlich die Angst vor psychisch Kranken abnimmt, können bessere Kontakte geknüpft werden und eine Wiedereingliederung der Kranken sowohl in den Arbeitsmarkt als auch in ein soziales Umfeld ist so eher möglich. Die Sozialarbeitenden stellten die These auf, dass die Öffentlichkeit eine aufgeschlosseneren Haltung gegenüber sozialen Problemen und Fragen habe. (Dürrenmatt, 1976)

Es kann die These aufgestellt werden, dass die Institutionalisierung des Sozialdienstes einen Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit der Psychiatrischen Klinik hatte. Zum einen im grossen Rahmen, denn der Sozialdienst hat insbesondere in den ersten Jahren seines Bestehens eine – mit anderen Disziplinen nicht vergleichbare – grosse Plattform in den Jahresberichten erhalten. Zum anderen auch im Kleinen in der Zusammenarbeit „(. . .) mit Angehörigen der Patienten, Behörden und Institutionen knüpften wir Kontakte nach aussen und leisteten so unseren Beitrag, Verständnis für unsere psychisch Kranken zu wecken und Vorurteile abzubauen.“ (Dürrenmatt et al. 1977, S. 42)

Dies liegt sicherlich auch im Interesse des Sozialdienstes selbst, denn wenn Vorurteile abgebaut werden können und psychisch kranke Personen in der Gesellschaft besser akzeptiert sind, so ist auch deren Reintegration in gesellschaftliche Kontexte wie Wohnen und Arbeiten weniger komplex. Aufbauend auf dieser These kann angenommen werden, dass neben den Psychiatern, Psychiaterinnen und Psychologinnen sowie Psychologen auch Sozialarbeitende ein grosses Interesse daran hatten, dass die Abgrenzung zwischen psychisch Kranken und Delinquenten 1984 nicht wieder aufgeweicht oder verwischt wurde.

Auch in anderen Bestrebungen der Psychiatrischen Klinik ging die Umsetzung nur sehr schleppend voran. Dies könnte einen Zusammenhang mit der Grösse und folge dessen mit der Statik der Klinik haben. Die Problematik beziehungsweise der Mangel an Institutionen für

psychische Alterskranke wurde in der Klinik nämlich bereits im Jahre 1966 festgestellt. Zu einer eigenen Abteilung für diese Patientengruppe in der PKM ist es aber erst 20 Jahre später, 1986 gekommen. (Menzi, 1987)

Durch die Autorin und den Autor besteht die Annahme, dass die Organisation der Austritte – in ihrer Anzahl jedoch noch weniger – bereits vor der Institutionalisierung des Sozialdienstes ein Aufgabenbereich anderer Professionen in der Psychiatrischen Klinik gewesen ist. Im Vorfeld der Thesis wurde die Annahme getroffen, dass diese Aufgabe, also beispielsweise die Unterstützung bei der Wohnungssuche oder der Suche nach einem geeigneten Wohnheim von den Pflegenden übernommen wurde. Diese Hypothese konnte anhand der Jahresberichte weder verifiziert noch falsifiziert werden und wird aus diesem Grund als Frage in den Experteninterviews aufgenommen. Mit dieser These einher geht die Annahme, dass Sozialarbeitende sich als neue Disziplin in der Psychiatrischen Klinik positionieren mussten.

Ebenfalls wird den Experteninterviews ein grosses Gewicht in Bezug auf die Deutung, die individuelle Wahrnehmung der Mitarbeiter beziehungsweise der ehemaligen Mitarbeiter der Klinik gelegt.

10. Analyse der Experteninterviews

Im nachfolgenden Kapitel werden Aussagen von Personen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Soziale Arbeit und Psychologie hinsichtlich der Kategorien Therapeutische Veränderungen, Gesellschaftliche sowie politische Einflüsse, Öffentlichkeitsarbeit der Institution sowie Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit und dem Auftrag des Sozialdienstes in der psychiatrischen Klinik in Münsingen verglichen. Das Ziel ist es, ein fundiertes Verständnis der Entwicklung der Institution im Zeitraum von 1970 bis 1990 sowie der Etablierung, des Auftrags und der Funktion des Sozialdienstes zu erhalten. Auch geht es bei dieser Auswertung um das Erkennen interdisziplinärer Zusammenarbeit in diesem Zeitraum. Diese Erkenntnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt mit den Ergebnissen aus den Jahresberichten abgeglichen.

Fritz Studer (nachfolgend F.S.) steht dabei für den medizinischen-, Peter Keller (nachfolgend P.K.) für den pflegerischen, Margrit Meier (nachfolgend M.M.) für den sozialarbeiterischen und Hans Fischer (nachfolgend H.F.) für den psychologischen Blickwinkel.*

* Namen geändert

10.1. Therapeutische Veränderungen aus der Sicht der Expertinnen und Experten

David Cooper gilt als einer der Begründer der Antipsychiatrie. Er und Ronald D. Laing haben diese Bewegung 1967 lanciert und alternative Behandlungsansätze entwickelt. Die Psychiatrie wurde danach revolutioniert. (Bosshard et al. 2013)

P.K. meint denn auch: „Vor 68 gab es auch Abläufe, aber zum Teil sehr veraltet, knüppelhart, das hatte gar keinen Sinn, der Ablauf war im Vordergrund, nicht das Ziel oder Resultat, das habe ich auch erlebt. Das musste dann auch mal verworfen werden. Damit man arbeiten konnte. Da war auch alles noch sehr funktional, da gibt es Geschichten. Es war dann gut, auch etwas über Bord werfen zu können.“ (P.K., Z. 473-485) F.S. ergänzt diese Aussage, indem er sagt, dass vor 30 Jahren vermehrt auch Heime und Tagesstätten lanciert wurden (vgl. F.S. Z. 400-404). Diese Aussagen zeigen, dass viele der ‚alten Strukturen‘ in Münsingen aufgebrochen wurden und vermehrt auch ein Augenmerk auf eine Betreuung in einem möglichst nahe dem sozialen Umfeld des Patienten gelegenen Heim oder Tagesstätte als Anschlusslösung gesucht werden konnte. So kann die Sozialpsychiatrie als eine Folge der Antipsychiatrie und der Neuerungen der Strukturen in den Psychiatrien angesehen werden. Dies bestätigt auch H.F.: „Dass man etwas verändern wollte in diesen Institutionen, dass man andere Konzepte entwickelt hat, dass man manchmal auch andere Positionen in der Behandlung vertreten hat“ (H.F., Z. 303-309).

Weiter bestätigt H.F.: „Das ist eben die Enquete, die ist in Deutschland bereits gemacht worden. Die Schweiz war früher auch noch ein bisschen weiter. Und es hat ein paar bekannte Psychiater gegeben, die schon den sozialpsychiatrischen Ansatz verfochten und vertreten haben. Und dann natürlich auch die politischen Bewegungen. 68, also da ist man auf die Psychiatrie los, da ist man auf den Strafvollzug los, all die Missstände, das autoritäre Gebilde in den Institutionen, ist attackiert worden“ (H.F., Z. 217-233).

Als weiteres Phänomen beschreibt H.F. die Drehtürpsychiatrie: „Das war damals, als wir Leute entlassen haben, weil wir keinen Platz hatten. Das hat es natürlich auch gegeben, zum Teil. Als der Chefarzt über die Stationen gegangen ist und geschaut hat wer steht auf zwei Beinen, wen kann man entlassen, und dann hat man das auch so umgesetzt. Das war reine Platznot“ (H.F., Z. 407-415).

Zentral ist, dass durch die Sozialpsychiatrie auch vermehrt die Arbeit mit Angehörigen wichtig wurde. Diese wurden oft in den Behandlungsprozess mit einbezogen. „Angehörigenarbeit, wo die Betroffenen lernen können, darüber zu sprechen“ (P.K., Z. 533).

Michel Foucault schreibt, dass sich das Wissen des Arztes nicht erst vom Ende des 18. Jahrhunderts an gebildet habe. Bevor sie ein Wissen geworden sei, sei die Klinik „eine universelle Beziehung der Menschen zu sich selbst gewesen: ein Zeitalter vollkommenen

Glücks für die Medizin. Der Verfall habe eingesetzt, als die Schrift und die Geheimhaltung eingeführt worden seien, als dieses Wissen auf eine privilegierte Gruppe beschränkt worden sei und der unmittelbare und unbeschränkte Bezug zwischen dem Blick und dem Wort zerissen sei“ (Cantin, zitiert nach Foucault, 2013, S70). Die Erfahrung sei „erste Quelle und Norm“. So ändere sich dieses Raster stetig, da sich „Krankheiten und deren Symptome“ (Foucault, 2013, S.69) gewandelt hätten. Die Klinik sei „der Ort der positiven Akkumulation“, der Ort also, an welchem sich der Blickwinkel und die Theorie ständig verändern würden. Weiter sei das Verhältnis der Klinik zum Spital ein eigenartiges. Denn sie sei nicht ein „direkter Ausdruck“ eines Spitals, da ein „bestimmtes selektives Prinzip zwischen beiden eine Grenze zieht“ (Foucault, 2013, S74). In dem sie „auswählt und sortiert“, würde sich die Erscheinungsweise der Krankheit und deren Verhältnis zum Kranken verändern. So stünde nicht mehr der Kranke, sondern die Krankheit selber im Vordergrund. Die Klinik sei auch kein „Instrument zur Entdeckung“, sondern „eine bestimmte Methode der systematischen Präsentation und Anordnung der schon erkannten Wahrheit“ (Foucault, 2013, S.75).

10.2. Gesellschaftliche Einflüsse aus der Sicht der Expertinnen und Experten

M.M. beschrieb, dass die Angst vor der Psychiatrischen Klinik immer noch gross war, so auch in der Zeit, in der sie im Sozialdienst tätig war. Sie beschreibt, wie Angehörige die Hospitalisierten nicht haben besuchen wollen, da die Angst vor der Klinik zu lähmend war. Diese Ablehnung sei jedoch in den 1970er Jahren nicht mehr begründet gewesen. M.M. beschreibt weiter, dass das Verhalten von psychisch Kranken, beispielsweise Schizophrenen, nicht nachvollziehbar war und darum die Angst der Bevölkerung verstärkte. (vgl. M.M., Z. 440-471) P.K. beschreibt, dass die Presse früher eher noch auf Klischeegeschichten aus der Psychiatrie gewartet habe. „Ich habe das Gefühl, die Presse ist wichtig, was die schreiben.“ (P.K., Z. 583-585)

M.M. erzählte, dass von ihr aus gesehen die meisten aller gesellschaftlichen Einflüsse und demzufolge auch Veränderungen in der Psychiatrie von Amerika her kamen, jedoch mit einer zeitlichen Verzögerung von 20 Jahren. (vgl. M.M., Z. 613-636) P.K. beschreibt, wie die Sozialpsychiatrischen Bemühungen die Wahrnehmung der Psychiatrie in der Gesellschaft veränderte. „Aber es gibt auch Entwicklungen mit der Dezentralisierung, den verschiedenen Angeboten, das sind Dinge, welche auch eine Durchlässigkeit zulassen. Psychisch krank sein heisst nicht mehr Psychiatrie und das hilft uns natürlich schon, ja. Wir werden anders wahrgenommen.“ (P.K., Z. 551-557) Diese Aussage von P.K. kann als Stellungnahme der Veränderung der Angst der Bevölkerung, einmal in die Psychiatrie und jahrelang oder gar ihrer Lebzeiten nicht mehr auszutreten, verstanden werden. Ausserdem gäbe es Behandlungs- und Therapiealternativen neben der Psychiatrie. Die Durchlässigkeit zwischen ambulanten und stationären Therapie- und Beratungsmöglichkeiten habe zugenommen. „Der Wandel,

das ist schon gut. Das war damals einfach anders. Dann bist du in Johannsen gelandet für ein Jahr, das war so angeordnet.“ (P.K., Z. 566-569) M.M. wertete die Umbau- und Renovationsarbeiten in den 1970er und 1980er Jahren als Reaktion auf den in der Gesellschaft allgemein ansteigenden Lebensstandard. Schlafsäle mit 12 Betten seien nicht mehr vertretbar gewesen. (vgl. M.M., Z. 640-651)

1989 wurde im PKM die sogenannte Ethikkommission gegründet. H.F. äusserte sich folgendermassen zu der Thematik. „Aber ich weiss, was das Anliegen war, und der Pauchard hat sehr wohl gewusst, dass die Psychiatrie zu viel Macht hat, dass man viele Fragen von einer Ethikkommission anschauen lassen muss. Und ja, dass man natürlich vieles über Menschen entschieden hat, ohne dass man das richtig reflektiert hätte, es ist eine Machtzuschreibung und ist Teil von der Repression einer Gesellschaft und die ganze Vorgeschichte, die unrühmliche, sei es mit den Verdingkindern, Entmündigungen, da hat die Psychiatrie gar keine gute Figur gemacht, und die Eugenik oder auch die Selektion von Menschen, die wertvoll sind und weniger wertvoll.“ (H.F., Z. 821-836)

Schlussendlich stellen wir die Hypothese auf, dass sich durch die therapeutischen Veränderungen auch der gesellschaftliche Blickwinkel gegenüber der Psychiatrischen Klinik verändert hat. M.M. bestätigt diese Hypothese im weitesten Sinne, wenn sie sagt: „Also die Angst, dass wenn du mal drin bist, kommst du nicht mehr raus, das haben die Leute schon gemerkt, dass das schneller geht, als dir lieb ist, also die Kehrseite. Jetzt muss ich schon wieder raus, obwohl es mir noch gar nicht gut geht.“ (M.M. 614-620)

F.S. beschreibt, wie der 2. Arbeitsmarkt immer mehr an Wichtigkeit gewonnen hat in den letzten Jahrzehnten. In den 1980er Jahren, als F.S. als Assistenzarzt in der PKM eingestiegen ist, hätte es noch bedeutend mehr Nischenarbeitsplätze gegeben. „Früher da gab es Firmen, (. . .) die wussten da gibt es einen, der ist vielleicht nicht 100% leistungsfähig, aber wir können ihn brauchen und der gehört zu uns, der macht seinen Job. Und solche Nischenplätze gibt es kaum mehr.“ (F.S., Z. 384-390) Die Psychiatrie-Enquete habe massgeblich zur Institutionalisierung des Sozialdienstes beigetragen. F.S. beschreibt die Kausalitäten eindrücklich:

Ja die ganze Psychiatriereform hat natürlich danach geschrien. Also früher war die Psychiatrie so, man ist hinein gekommen und selten wieder hinaus gekommen. Oder erst nach einer langen Zeit. Und äh (...) [Pause] in den 50er hatte es glaube ich über 1000 Patienten gehabt und etwa 7, 8 Mediziner. Keine Psychologen, keine Sozialarbeiter. Damals hat man glaube ich, noch Wärterinnen und Wärter gesagt, also man hat noch nicht von der Pflege gesprochen. Vieles war eine angewandte (..) erzieherische Massnahme gewesen.

Dass man die Leute beschäftigt hat, einen Betrieb geführt hat, dass man Atelier geführt hat, dass man Bauernhöfe gehabt hat. Dass die Leute angekettet aneinander ins Feld arbeiten gegangen sind. Dass hat sich natürlich in den 70er, damals gab es ja die grosse Untersuchung, nach 68 in der Psychiatrie, Deutschland, Frankreich, Schweiz und da hat sich natürlich alles herausgebildet. (H.F., Z. 186-210)

Die Arbeit im landwirtschaftlichen Betrieb der Klinik kann zum einen als Beschäftigung und sinnvolle Arbeit der Patientinnen und Patienten gewertet werden – wobei betreffend der Freiwilligkeit zum anderen ein grosses Fragezeichen gesetzt werden muss, da die Hospitalisierten laut H.F. aneinander angekettet gewesen seien.

Die Terminologie der Wärterinnen und Wärter, anstelle der Mitarbeitenden der Pflege sowie die beschriebene Zwangsarbeit sind hochspannend. Dass noch in den 1950er Jahren die Angestellten der Pflege als Wärter und Wärterinnen bezeichnet wurden, wirft die Frage auf, wie scharf die Grenze zwischen psychisch Kranken und Delinquenten damals gezogen wurde. Auch P.K. beschreibt im Experteninterview, dass früher vieles anders war in der Psychiatrie. „Dann bist du in Johannsen gelandet für ein Jahr, das war so angeordnet. Das ist heute anders, du kannst kommen und gehen, und dann packst du die Chance vielleicht. Vielleicht auch nicht.“ (P.K., Z. 567-571) Nicht klar ist, ob P.K. damit den heutigen Massnahmenvollzug St. Johannsen in Le Landeron meint. Der Direktor des Massnahmenzentrums, Manfred Stuber, beschreibt 2014 dessen Geschichte. 1883 wurde die damalige Korrekturanstalt gegründet, 1911 umgebaut zur Arbeitsanstalt für „Trinker, Arbeitsscheue und Liederliche“. (Stuber, 2014, S. 18) Erst in den 1980er Jahren wurden straf- oder zivilrechtliche Massnahmen im St. Johannsen umgesetzt, so Stuber weiter. Diese Aussagen werfen die Frage auf, wie scharf die Grenze zwischen psychisch Kranken und Delinquenten gezogen wurde.

Foucault beschreibt, dass die Zwangsarbeit in der Psychiatrie eine lange Vergangenheit hat. „(. . .) ausserhalb der Krisenzeiten gewinnt die Internierung einen anderen Sinn. Ihre repressive Funktion wird durch eine neue Nützlichkeit ergänzt. Es geht nicht mehr darum, die Arbeitsscheuen einzusperren, sondern darum, den Eingesperrten Arbeit zu geben und sie so in den Dienst der allgemeinen Prosperität zu stellen. Folgende Alternative stellt sich klar: billige Arbeitskräfte in den Zeiten der Vollbeschäftigung und der hohen Löhne; in Zeiten der Arbeitslosigkeit jedoch Resorption der Müssiggänger und Schutz der Gesellschaft gegen Agitation und Aufstände.“ (Foucault, 2013, S. 85) Arbeit in den Psychiatrien wurde im 17. Jahrhundert gleichzeitig als Heilmittel für Arbeitslosigkeit wie auch als Antrieb, als Stimulus der Manufakturen, der Wirtschaft verstanden. (Foucault, 2013) „Alle Armen, die arbeitsfähig sind, müssen an Werktagen das zur Vermeidung des Müssigganges, der der Ursprung allen Übels ist, Nö-

tige verrichten, sich an die Arbeit gewöhnen und einen Teil ihrer Nahrung verdienen.“ (Foucault, 2013, S. 87) Gleichzeitig hätten Arbeitslose durch die Tätigkeit in der Psychiatrie also wieder in Arbeitsprozesse hinein kommen können, Faulheit sollte vermieden werden. Die Manufakturen hätten von der Arbeit der Hospitalisierten profitiert, da diese durch die billigen Arbeitskräfte subventioniert worden seien. Diese von Foucault erkannte Problematik, besteht auch später noch in Form eines Spannungsfeldes in Bezug auf den 2. Arbeitsmarkt.

10.3. Politische Einflüsse aus der Sicht der Expertinnen und Experten

Der Kostendruck wurde in den Interviews als problematisch und als Belastung wahrgenommen. M.M. stellte die These auf, dass die Bettenzahl der Psychiatrischen Klinik Münsingen vor allem aus finanztechnischen Gründen reduziert wurde. Die Psychiatrie sei teuer und die Kontrolle der Kosten sehr zentral geworden. Es würde bei denjenigen gespart, die sich nicht wehren könnten. (vgl. M.M., Z. 697-702) Auch P.K. beschreibt ein ähnliches Phänomen. Psychisch Kranke seien die Schwächsten gewesen und sei es um Sparmassnahmen gegangen, so hätte es diese Gesellschaftsgruppe als erstes getroffen. (vgl. P.K., Z. 541-550) Er stellte zudem fest, dass sich die politischen Einflüsse kantonal stark unterschieden. Auch hätte früher der Stadthalter politisch einen sehr starken Einfluss gehabt. (P.K., Z. 561-566) H.F. beschreibt, wie er eine Veränderung im Umgang mit Invalidenrenten festgestellt hat. In den 1980er Jahren hätten psychisch kranke Personen noch bedeutend schneller eine Rente erhalten, als dies heute der Fall sei. So seien Arbeitnehmende, die weniger leistungsfähig waren, in die Sozialversicherung abgeschoben worden. Grosse Betriebe, wie die SBB und die Post hätten sich auf Kosten der Invalidenversicherung saniert. Nun sei die IV sehr restriktiv. (vgl. H.F., Z. 96-122)

P.K. beschrieb, dass in den 1970er und 1980er Jahren eine grosse Offenheit, Freiheit aber auch wenig „Leitplanken“, an denen man sich orientieren konnte, bestanden hätten (vgl. P.K., Z. 436-446). „Es war einfach viel möglich auf vielen Ebenen, es gab viel, was man verändern musste. Und ehm, es hat auch den Assistenzarzt gegeben, die konnten viel machen, es gab viele kreative Alternative, so vor 68er Geprägte.“ (P.K., Z. 446-450) Aus Sicht der Autorin und des Autors wäre es die Aufgabe der Politik, genauer der Gesundheitsdirektion, den Auftrag der Psychiatrischen Klinik Münsingen klar zu definieren und so mehr „Leitplanken“ zu schaffen (vgl. P.K., Z. 445).

10.4. Öffentlichkeitsarbeit aus der Sicht der Expertinnen und Experten

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde von 1970-1990 auf verschiedenen Ebenen gepflegt. Auf der einen Seite wird in den Interviews vielfach von Freiwilligenarbeit gesprochen. M.M. spricht über diese Arbeit in Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit: „Ja, die Freiwilligen, das

sind Leute von aussen, da haben wir halt Leute gesucht, Besuchsdienste und so. Das ist auch Öffentlichkeitsarbeit, aber indirekt. Wenn man Freiwillige in die Klinik holt, die tragen das Bild dann nach aussen, die werden ja auch gefragt. Gute Vermittlung, welcher Freiwillige passt zu welchem Patient. Das konnte man bei den Langzeitpatienten machen. Besucherdienst. Für mich klingt Freiwillige besser. Da hatten wir auch 40- 50 Leute zu den besten Zeiten. Und damit diese bleiben, haben wir dann auch Gruppenarbeiten gemacht mit diesen“ (M.M., Z. 389-399). Zudem hätte es auch Vorträge gegeben, beispielsweise im Dorf, in welchen verschiedene psychiatrische Tätigkeiten den Leuten erläutert wurden. Da hätte nach M.M. die Klinik aber „mehr machen können, die haben das ein wenig verschlafen“ (M.M., Z. 478-487).

Wie im vorigen Kapitel über die therapeutischen Veränderungen, kann man die Angehörigenarbeit auch zur Öffentlichkeitsarbeit zählen, da diese das Bild der Psychiatrie ebenfalls nach draussen tragen würde. M.M. sieht diese Arbeit, wie schon die Besuchsdienste, als zentral, wenn sie sagt: „Ich denke, man hat nicht viel gemacht. Im Verständnis der Familie natürlich schon, man hat gesagt, was man da machen könnte. Wie sie sich helfen könnten, grösser eher nicht“ (M.M., Z. 478-483). Über die Aussagen von Angehörigen betreffend der Ängste gegenüber der Psychiatrie:

Also was Angehörige gesagt haben, den komme ich nie in der Klinik besuchen, schon wenn ich auf dem Parkplatz stehe, bekomme ich Herzprobleme. Das habe ich nie begriffen. Und das haben ganz viele Angehörige gesagt, ich bekomme Angst und Zustände, und die hatten keine Psychiatriegeschichte. Das ist für mich schon ein Phänomen, dass man sich auch so wehren kann gegen etwas. Daraus kommt natürlich viel mehr Ablehnung als begründet ist. Das sind Ängste aus der Bevölkerung, die ich nicht ganz verstehe. Klar, von früher, das Publikum, da haben sie erzählt, sie hätten die Schreie gehört im Dorf oben, also als es die Medikamente noch nicht gab. Das geht einem schon sehr nahe. (M.M., Z. 450-468)

10.5. Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit aus der Sicht der Expertinnen und Experten

P.K. beschreibt die Arbeit in der PKM in den 70er Jahren: „Also ein Zeitstrom, etwas, das sich etabliert, das kommt von aussen, wir können das hineinnehmen oder nicht, es gab mal eine Zeit, in der relativ viel Leute hinausplatziert wurden, man hat da grössere Stationen geleert. Man hat gesagt, Psychiatrie ist nicht Wohnen, das ist ein Spital“ (P.K., Z. 385-417).

Es war eine hohe Kreativität vorhanden in den 70er, 80er Jahren, das hat auch die Soziale Arbeit betroffen, die Strömung war schon, also von uns, die Regeln wurden gekippt, die Älteren waren verunsichert, hatten aber keine Strategie, das hier aufrecht zu erhalten, ausser zu verharren oder, und für uns war so vieles offen. Viele Dinge haben wir gut gemacht, einige auch nicht, aber es war riesig gross, wo du dich ohne Leitplanken bewegen konntest. (P.K., Z. 422-446)

Wir erkennen in verschiedenen Interviews, wie schwierig es für die ersten Sozialarbeiter in Münsingen war, überhaupt interdisziplinär wahrgenommen zu werden. So habe es zu Beginn der 70er Jahre verschiedene Sozialarbeitende gegeben, welche nur kurz in der Institution angestellt waren. Dies habe verschiedene Gründe, meint P.K. So hatte es wohl Sozialarbeiter, aber „der eine war nur kurz da, (. . .) im Rückblick, ich glaube die kamen alle nicht so rein, die hatten es schwer, ihren Platz zu finden.“ (P.K., Z.70-87). So komme es wohl auch auf die einzelnen Personen, ihre Art und Anschauung gegenüber professionellem Handeln in der Psychiatrie an. (vgl. P.K., Z. 473-496) Es seien halt ganz viele Einzelfiguren gewesen. (vgl. F.S., Z. 50-55)

Zu Beginn der 70er Jahre waren die Sozialarbeitenden dem Chefarzt unterstellt. Erst Ende der 80er Jahre habe sich dies geändert. Die Klinik machte zu dieser Zeit einige Retraiten, und die Organisationsstrukturen wurden neu aufgebaut (vgl. P.K., Z. 105-175). Die Sozialarbeit wurde zusehends eine eigene Gruppierung innerhalb der Institution, hätte sich durch den eigenen Chef auch zunehmend als Profession positionieren können. In der Geschichte sei es dann so weiter gegangen, dass immer mehr Sozialarbeitende eingestellt wurden (vgl. F.S., Z. 98-100). Dies bestätigt auch M.M.: „Und das waren damals etwas über 20 Abteilungen, dann hat man, also jeder hatte ungefähr 5 bis 6 Abteilungen. Es war einfach klar, dass man Aufstocken musste, es war aber auch die Zeit, als die Aufenthaltsdauer schon wieder ein Thema wurde. Als man die Leute nicht mehr so lange behalten und gepflegt hatte. Man hat dann befunden, die müssen wieder in die Arbeitswelt, die sollten nicht zu lange in der Klinik sein“ (M.M., Z. 158-184). „Die Frage ist natürlich noch wie viel und hängt auch mit dem Geld zusammen, das man nicht hat. Sind zum Beispiel 3 Sozialarbeiter besser als 5 Pflegefachleute. Wir hatten ein Budget und konnten relativ frei zuteilen. Es ist eine schwierige Frage, die ich jetzt auch noch nicht ganz weiss, wie viel braucht es eigentlich. Da hatte ich viele Gespräche mit Sozialarbeitern.“ (F.S., Z. 286-294)

M.M. erzählt, sie habe sich auf 6 Abteilungen bewegen müssen. Diese Schwierigkeit bestätigt auch F.S.: „Und das war immer die Krux der Sozialarbeiter, die waren immer an zwei Orten, in zwei Teams und nirgend wo richtig zu Hause“ (F.S., Z. 141-149).

So ist es eigentlich nicht erstaunlich, dass die Fallführung immer beim Oberarzt war. „Es hat immer Überschneidungen gegeben. Es braucht eine gute Führung, durch den Oberarzt der klar sagt, wer was macht“ (F.S, Z. 633-636). Es hätte aus diesem Grund auch kein Behandlungsteam gegeben. M.M. meint, dass sei auch gut so, in einem medizinisch geleiteten Betrieb soll das auch so sein (vgl. M.M. Z. 224-236) H.F. meint denn auch, der Oberarzt habe immer Recht. Diese Aussage ist unter Umständen aber sarkastisch gemeint (H.F., Z. 712). So hätten auch viele Assistenzärzte Arbeit übernommen, die später den Sozialarbeitenden als Auftrag unterstellt war. F.S. meint dazu: „Ganz viel Sozialarbeit haben wir als Assistenzärzte von der Abteilung aus gemacht, da haben wir eigentlich viel, und es war nicht so, dass die Sozialarbeitenden auf der Abteilung waren, sondern primär hat man versucht, alles so etwas selbst zu machen, und wenn es dann etwas schwierig wurde oder zu schwierig wurde, dann hat man sich an die Sozialarbeitenden gewandt“ (F.S., Z. 80-96). So seien verschiedene punktuelle Arbeiten delegiert worden. Das sieht M.M. nicht ganz so, wenn sie sagt: „Es war absolut nichts da, oder. Es gab ein absolut rudimentäres Pflichtenheft. (. . .) Dort war riesig alles aufgelistet, was man so machen sollte. Das war bestimmt bei Herr Menzi auch schon, und das war bei ihm auch schon klar, dass Sozialarbeiter das machen“ (M.M., Z. 145-153). Dies bestätigt auch F.S., wenn er über die Autonomie von Sozialarbeitenden spricht, indem er über die Freiheiten dieser spricht. Es geht dabei auch darum, dass sich Sozialarbeitende mit der Zeit ihre Arbeit einfach genommen hätten, als Patienten auf sie zugegangen seien und ihnen ihre Probleme geschildert hätten. (vgl. F.S., Z. 141-149)

Die Sozialarbeitenden hätten dann begonnen, die neuen Assistenzärzte einzuladen und ihnen das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie aufzuzeigen. So habe man versucht, ihnen die Angst vor der Sozialarbeit zu nehmen (vgl. M.M. Z. 351-358).

F.S. beschreibt eine gewisse Komplexitätssteigerung, welche nach und nach gekommen sei. (vgl. F.S., Z. 168-289) Durch die Komplexitätssteigerung sei dann auch eine Ethikkommission ins Leben gerufen worden. „Das kann man auch kritisch sehen, das hat zum guten Ton gehört, dass man so eine Kommission hatte. Weil wenn man betrachtet, ob das befolgt wurde, was da diskutiert wurde, und es ist mit der Zeit zu einer Kommission geworden. Vielen wurde es auch sehr wohl, kritisch gesagt. Zum Teil, was sie vertreten haben, hätte man für meinen Geschmack heftiger vertreten müssen“ (H.F., Z. 799-812). Es ist jedoch ersichtlich, dass durch die Komplexitätssteigerung die interdisziplinäre Zusammenarbeit vermehrt gefordert wurde.

Es gibt anscheinend zwei zentrale Aspekte bei der Entwicklung interdisziplinärer Arbeit. Auf diese zwei Aspekte möchten wir hier eingehen. Es geht dabei um die Aspekte der Aufgabenteilung und des Status der verschiedenen Disziplinen. M.M. beschreibt den Kompetenzkatalog der Sozialarbeitenden als sehr kurz und nur rudimentär (vgl. M.M., Z. 145-153). Somit hätten die Sozialarbeitenden einfach machen können. (vgl. M.M., Z. 165-173) Dies sei auch problematisch gewesen, da sich die Disziplinen so gegenseitig nicht abgrenzen konnten, und oftmals sei es dann auch zu Diskussionen gekommen, wem welches Aufgabengebiet zugeordnet war. Es sei auch nicht auf Papier festgelegt gewesen, welcher Bereich der Arbeit mit dem Klienten welcher Profession zugeordnet war. „Heute ist sehr viel verdeutlicht auf dem Papier, und das war damals noch nicht so, da stand dir niemand im Weg, wenn du einmal in das Gärtchen von jemandem getreten bist. Und das war auch in der Pflege so“ (P.K. 422-467). So hätten die Assistenzärzte, wie F.S. beschreibt, sehr oft auch sozialarbeiterische Aufgaben übernommen hätten (vgl. F.S., Z. 136-138).

Es habe durch die Einführung von Sozialarbeitenden auch Leute gegeben, welche gewisse Dinge nicht abgeben wollten (vgl. M.M., Z. 277-287). „Ein Thema ist auch immer gewesen, dass es teilweise sehr lange gegangen ist, sich gegen die Ärzte behaupten zu können. Ganz konkret, ich hatte eine Oberärztin und da ist der Sozialarbeiter zu mir gekommen und hat gesagt, ich komme nicht zu Wort, ich kann nichts sagen, manchmal bekomme ich gnädig einen Auftrag, aber ich möchte eigentlich gerne auch etwas dazu sagen. Aber es gab wirklich Zusammenarbeit mit Ärzten, die sehr gut war, bei der sie sich geschätzt und wahrgenommen gefühlt haben, und es gab die, bei denen sie sich nicht integriert vorgekommen sind“ (F.S., Z. 165-189). F.S. sagt aber auch:

Manchmal haben sich die Leute auch einfach etwas geholt. (...) Manchmal hat sich ein Sozialarbeiter ein Stück aus dem Kuchen geholt und manchmal die Pflege. Das war wichtig. Aber dass man gewusst hat, der macht das, die Pflege ist daran, der Doktor macht das. Früher, ganz am Anfang war das kaum ein Thema. Da ist man einfach zum Sozialarbeiter gegangen, wenn man Hilfe brauchte. Aber eben das war ganz eine andere Welt. Heute gehört der Sozialarbeiter dazu, früher war er einfach bei Bedarf dazu geholt worden und dann hat man gesagt, was man braucht. Dann hat man Aufträge gegeben. (F.S., Z. 651-678)

H.F. beschreibt diese Differenzen weiter: „Wenn ein Mediziner findet das wäre interessant zu wissen, macht das und wenn man sagt das ist kein Grund, aus dem wir einsteigen würden, dann hat das auch Konflikte gegeben. Weil das die Dienstbereitschaft und die Unterwürfigkeit, die manchmal ein Bisschen verlangt wird, in Frage gestellt hat“ (H.F., Z. 488-506). H.F. meint, es komme in erster Linie doch darauf an, wer mehr Erfahrung in einem gewissen Be-

reich habe und den ‚Lead‘ in diesem Bereich dann auch übernehmen sollte (vgl. H.F., Z. 543-561). Es ist klar ersichtlich, dass hier unterschiedliche Ansichten über die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorhanden sind. Und vielleicht ist auch der Umstand der vermehrt größer werdenden Sozialen Arbeit in der Institution eine Ursache, warum die interdisziplinäre Arbeit besser funktioniert hat. Um eine Diskussion entstehen lassen zu können, braucht es nämlich einen Gesprächspartner. Und wenn dieser Gesprächspartner von zu Beginn sechs auf zwischenzeitlich vielleicht 3 Abteilungen nunmehr arbeiten muss, so kann er interdisziplinär besser wirken, so unsere Annahme.

Als letzten zentralen Punkt bei der interdisziplinären Arbeit erkennen wir die Kommunikation. Dies mag banal klingen, ist jedoch in der Arbeitswelt nicht immer so einfach. Es sei auch immer sehr wichtig gewesen, als Sozialarbeitende auf der Station zu sagen ‚Hallo da bin ich‘ (vgl. F.S., Z. 191-228). Es sei auch wichtig gewesen, dass Sozialarbeitende versucht hätten „Kompetenzen zu erlangen und auch mitzureden“ (F.S., Z. 472-504). P.K. meint dazu: „Es ist ja immer so, an einem Ort, wo du einsteigst, auch wenn da vielleicht vieles schief ist, du kannst nicht kommen und sagen ich habe das im Kopf, und was ihr da macht ist scheisse, du kommst rein, integrierst dich mit deinen Grenzen, die du dir setzt, und dann kannst du wirken, das entfalten“ (P.K., Z. 473-496). M.M. geht sogar so weit zu sagen, dass man über die Entlassungen diskutieren konnte: „Ja, es gab dann auch die Ärzte, welche gemerkt haben, wie wichtig die Arbeit ist. Dass sie [die Patienten und Patientinnen] nur entlassen werden können, wenn auch für nachher geschaut ist. Dass sie eine Wohnung und Arbeit brauchen. Dann hat man die Leute auch behalten, wenn diese Anschlüsse noch nicht klar waren“ (M.M., Z. 199-205). Sie sagt, es sei halt wichtig gewesen, den Leuten zu sagen, wie wichtig die Arbeit sei (vgl. M.M., Z. 212-236). In der interdisziplinären Zusammenarbeit sei man auf alle angewiesen gewesen. Man hätte die Patienten und Patientinnen kennen müssen. Ein Austausch zwischen den Mitarbeitenden der verschiedenen Disziplinen sei daher unerlässlich gewesen. (vgl. M.M., Z. 277-287) Auch H.F. sagt: „Das ist immer abhängig von den Personen, auch wie man mit denen zusammenarbeitet“ (H.F., Z. 238-259).

Wenn es rechtliche Sachen waren, es ist klar Sozialarbeit hat wahrscheinlich mehr gehört vom Recht im Studium, aber da gibt es das auch, dass man sich zusätzlich qualifiziert, und wenn ich da sagte, das ist anders, dann haben sie das zum Teil nicht glauben wollen, aber das ist im Leben immer so, dass es da Überschneidungen geben kann oder Abgrenzungsprobleme oder auch beim Leiten von Gruppen, dass es da manchmal auch, dass da Sozialarbeiter der Meinung sind, sie hätten dazu eine gute Ausbildung, da bin ich nicht so sicher, ob dem so ist, aber dass sie es auch machen, dass Mediziner keine Ahnung haben von dem, ist klar, aber das braucht halt auch die Kenntnis von

Soziologie, von Entwicklungs- und Sozialpsychologie, von Motivationspsychologie, wie ein Mensch sich in einer Gruppe verhält, und da gibt es halt dann auch wieder Überschneidungen. (H.F., Z. 668-697)

So sei die Teamarbeit „ganz zentral und der Meinung bin ich eigentlich. Weil die haben oft immer wieder Fragen und es ist wichtig, dass man die Leute begleitet, dass man sie unterstützt. Dass es wichtig ist, dass jemand auch vor Ort dabei ist und dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden, Pflegenden und der Fallführung besteht.“ (H.F., Z. 354-364)

10.6. Sozialdienst – Auftrag und Funktion aus der Sicht der Expertinnen und Experten

Vor der Einführung des Sozialdienstes sind auch in der Psychiatrischen Klinik Münsingen Fürsorgerinnen und Fürsorger angestellt gewesen. H.F. nahm das Berufsverständnis von Fürsorger und Fürsorgerinnen als karitativ, katholisch und sehr weiblich wahr. Das Studium von Sozialarbeitenden sei durch die Einführung der Bezugswissenschaften bedeutend breiter gewesen, als die Ausbildung von Fürsorgerinnen und Fürsorger. So habe die Profession der Sozialen Arbeit andere Dimensionen angenommen. (vgl. H.F., Z. 297-301 / 319-323 / 328-333) M.M. beschrieb im Gespräch die Arbeit einer Fürsorgerin. Als M.M. 1978 angestellt wurde, habe diese Fürsorgerin nicht mehr in der Klinik gearbeitet, sei aber zu einer Legende geworden. Der Auftrag eben dieser Fürsorgerin sei es gewesen, die Sprechstunden in den ambulanten Diensten der Psychiatrie mit den Ärztinnen und Ärzten zu führen. (vgl. M.M., Z. 84-98)

Es ist schwierig, die Beschreibungen der interdisziplinären Arbeit von jenen des Sozialdienstes zu trennen. In den Interviews kommt zum Vorschein, dass ein sehr grosser Teil der Etablierung des Sozialdienstes mit der Leistung von Einzelpersonen zusammenhängt. P.K. beschreibt, wie sich die Sozialarbeitenden durch ihr Wissen positionieren konnten, sich ihren Platz im interdisziplinären Team erarbeiten mussten, eine Wirkung hatten und schlussendlich der Sozialdienst als Institution in der Klinik durch sie zum Selbstverständnis geworden ist. F.S. erklärte im Gespräch, dass es Zeit brauche, um sich in der institutionellen Landschaft des Kantons Bern zurechtzufinden. Das Wissen um die Wohnheime und die Kontakte zu deren Vertreter waren ein grosses Kapital – insbesondere der langjährigen – Sozialarbeitenden. (vgl. F.S., Z. 575-588) F.S. beschrieb die Sozialarbeitenden in der Entstehungsphase des Sozialdienstes in den 1970er Jahren als Einzelfiguren (vgl. F.S., Z. 50-51). Auch H.F. beobachtete im Sozialdienst damals „ad personam“ Lösungen. (H.F., Z. 479-481) P.K. beschreibt weiter, dass die Haltung des Chefarztes einer Abteilung einen grossen Einfluss darauf hatte, wie Sozialarbeitende sich

positionieren konnten. (vgl. P.K., 105-172) Eine Schwierigkeit sei die Auftragsklärung, die Abgrenzung und die Klärung von Schnittstellen gewesen, so P.K. weiter. Die Aufträge seien oft beim Rapport vom Oberarzt delegiert worden. (vgl. P.K., Z. 309-330)

P.K. geht davon aus, dass die Assistenzärzte in den 1970er Jahren noch bedeutend mehr an Vermittlungsarbeit ausserhalb der Klinik getätigt hätten. F.S. beschreibt aus der Sicht als damaliger Assistenzarzt den Sozialdienst eher als Anlaufstelle „wenn irgend eine neue Frage wegen Wohnung oder Arbeiten aufkam“ (F.S., Z. 54-55). Er habe als Assistenzarzt oft mit den Patientinnen und Patienten diese Thematiken bearbeitet und den Sozialdienst erst beigezogen, wenn eine Frage oder Schwierigkeit auftauchte. (vgl. F.S., Z. 55-78) Auch H.F. bestätigte diese Aussage, als er erklärte, dass die Aufgaben von Sozialarbeitenden früher durch Mediziner wahrgenommen worden seien (vgl. H.F., Z. 872). Den Auftrag in einem Fall aktiv zu werden, hätten Sozialarbeitende jedoch auch in späterer Zeit noch durch die zuständigen Ärztinnen und Ärzte erhalten (vgl. H.F., Z. 46-49). In Einzelfällen seien auch Mitarbeitende der Pflege auf Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zugegangen (vgl. H.F., Z. 55-58).

10.6.1. Auftrag des Sozialdienstes

M.M. wertete die Vorbereitung auf den Austritt als Hauptaufgabe des Sozialdienstes. Dabei hätten Fragen nach der Wohn- und Arbeitssituation und auch betreffend der Finanzen und des sozialen Umfeldes der Patienten bearbeitet werden müssen. Ziel sei ein gelingender Austritt gewesen. (vgl. M.M., Z. 305-308 / 364-365) P.K. hebt hervor, dass die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zwischen den verschiedenen Disziplinen durch eine Auftragsklärung sehr zentral ist. Der Auftrag sei jedoch in den Anfangsjahren des Sozialdienstes, zumindest für P.K. noch wenig fassbar gewesen: „Ich glaube, es ist mittlerweile klarer, was stationäre psychiatrische Sozialarbeit ist, als es damals war, das würde ich jetzt sagen.“ (P.K., 275-277) Für F.S. schien da mehr Klarheit bestanden zu haben. Sozialarbeitende seien „gut integrierte Figuren, bei denen jeder wusste, was sie machten, das war noch speziell, früher hat man das noch nicht so gewusst, aber bei ihnen wusste man, das waren Sozialarbeiter. Wenn man ein Problem hat, sei es mit Geld, mit Wohnen, mit Arbeiten, brauchst du Hilfe, dann kannst du dich dort melden.“ (vgl. F.S., 55-78) Sozialarbeitende hätten Beratung angeboten zum Umgang mit Schulden, bei Fragen zu Sozialversicherungen, wenn es um die Suche von Wohnungen, Alters- oder Wohnheimplätzen ging oder betreffend der Thematik der Integration in den ersten und später immer mehr den zweiten Arbeitsmarkt. (vgl. F.S., Z. 392-397 / 404-412) Diese Diskrepanz im Wissenstand um den Auftrag des Sozialdienstes könnte ein Indiz dafür sein, dass Ärzte und Ärztinnen enger und vermehrt mit den Sozialarbeitenden zusammenarbeiteten als die Mitarbeitenden der Pflege. H.F., der interviewte Psychologe, beschrieb den Auftrag des Sozialdienstes folgendermassen: „Traditionellerweise immer die

Orientierung nach aussen. Die Unterstützung bei finanziellen Problemen, Kontakt mit fürsorglichen Fachpersonen, Stellensuche.“ (H.F., Z. 28-31) Zudem hätten Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit dem zuständigen Therapeuten Rehabilitationsprogramme für Patientinnen und Patienten organisiert (vgl. H.F., Z. 69-81). Die Beratung auf dem Sozialdienst sei meist ein freiwilliges Angebot an die Hospitalisierten gewesen (vgl. P.K., Z. 341-344).

P.K. meinte, dass damals die Reintegration in die Arbeitswelt, welche ein wichtiges Aufgabengebiet des Sozialdienstes darstellte, noch nicht derart komplex war, da sie meist noch eine Stelle gehabt hätten oder zumindest einfach vermittelbar waren (vgl. P.K., Z. 26-40). Diese Beobachtung hatte einen Zusammenhang mit der Situation auf dem damaligen Arbeitsmarkt. „(. . .) es war auch eine Zeit, in welcher der Patient angerufen hat, und morgen konnte er arbeiten gehen. (vgl. M.M. Z. 292-294) H.F. beschreibt, dass es in den 1980er Jahren Arbeitgeber gegeben hätte, die in der Psychiatrischen Klinik anriefen, da sie auf der Suche nach Angestellten waren. (vgl. H.F., Z. 32-37) Die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt sei damals noch mit wenig Aufwand verbunden gewesen und das Sozialarbeitende Stellen gesucht hätten, sei relativ selten gewesen (vgl. M.M., Z.292-300). M.M. beschreibt weiter, wie Sozialarbeitende in ihrer Arbeit damals viele Freiheiten gehabt hätten. Sie habe eine Zeitlang einen Patienten am Morgen auf dem Arbeitsweg begleitet, bis er das Aufstehen und den Arbeitsweg selbstständig gemeistert hat. (vgl. M.M., Z. 258-271)

P.K. sei aufgefallen, dass die Patienten und Patientinnen in ihrem sozialen Netz weniger aufgefangen waren, eher rausgefallen seien und brauchten aus diesem Grund vermehrt externe Unterstützung. Parallel dazu habe sich die Tätigkeit der Sozialarbeitenden gewandelt. Der Auftrag wurde umfangreicher und habe mehr Ressourcen gefordert. (vgl. P.K., Z 216-224) Insbesondere sei P.K. die Arbeit mit Patientengruppen sowie die Angehörigenarbeit als wichtige Arbeitsfelder der Sozialarbeitenden in Erinnerung geblieben (vgl. P.K., Z. 13-15 / 534-539) Auch F.S. beschreibt, dass die Nachbetreuung von ehemaligen Patienten und Patientinnen eine wichtige Aufgabe der Sozialarbeitenden gewesen sei, die für die damalige Zeit als modern galt (vgl. F.S., Z. 43-50). In dem Zusammenhang hatte auch die Beziehungsarbeit einen hohen Wichtigkeitsgrad. (vgl. F.S., Z. 339-374) H.F. beschreibt, die Beziehungsarbeit als zentrale Aufgabe von Sozialarbeitenden. „Und das braucht viel Arbeit. Also vor allem auch Beziehungsarbeit, Vertrauen und dass es ein allmählicher Prozess ist bis jemand Hilfe annehmen kann.“ (H.F., Z. 426-429) Auch in Bezug auf die Krankheitseinsicht, auf die Bereitschaft mit der IV zusammenzuarbeiten, auf das Angebot eines betreuten Wohnens oder einer Arbeitsstelle in geschütztem Rahmen einzugehen, brauche es manchmal Zeit und mehrere Durchgänge in der Psychiatrischen Klinik. (vgl. H.F., Z. 365-400) Die Krankheitseinsicht und insbesondere die Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung beinhalten so auch immer einen Moment der Kränkung und Abwertung. (vgl. H.F. Z. 652-

659) So beschreibt H.F. einen positiven oder gar notwendigen Aspekt der sogenannten Drehtürpsychiatrie.

M.M. berichtet, dass Anfang der 1980er Jahre ein Sozialpsychiater eine Oberarztstelle besetzte. Für ihn sei es selbstverständlich gewesen, dass die Disziplin der Sozialen Arbeit in die Psychiatrische Klinik gehöre. (vgl. M.M., Z. 97-107) H.F. beschreibt, wie auch strukturelle Aspekte einen Einfluss auf die Entstehung des Sozialdienstes hatten. Die Zeitspanne, während der ein Patient oder eine Patientin hospitalisiert war, sollte verkürzt werden. Hier seien die Sozialarbeitenden als wichtige Berufsgruppe zur Planung des Austrittes, der Wohn- und Arbeitssituationen hinzugezogen worden. (vgl. H.F., Z. 264-274) M.M. beschreibt dies aus ihrer Sicht eindrücklich in folgendem Zitat: „Es war einfach klar, dass man Aufstocken musste, es war aber auch die Zeit, als die Aufenthaltsdauer schon wieder ein Thema wurden, als man die Leute nicht mehr so lange behalten und gepflegt hatte. Man hat dann befunden, die müssen wieder in die Arbeitswelt, die sollten nicht zu lange in der Klinik sein. Vorher war schon mehr dieses Behütende. Und das war auch diese Zeit in der Gesellschaft, als man das Gefühl hatte, die sollen nicht einfach nur hierher kommen und hier sein, die sollen auch halbgesund wieder arbeiten gehen.“ (M.M., Z. 172-184)

Auch wurden in vielen Orten Patientenclubs eröffnet, in welchen sich psychisch erkrankte Personen trafen und sich über ihr Leben und Krankheitsbild austauschten. Es war durch den Einfluss der Sozialpsychiatrie nun mehr das Ziel, den Leuten möglichst nahe von ihrem sozialen Umfeld eine Struktur bieten zu können und auch einen Ort, wo sie sich austauschen konnten. Diese Patientenclubs wurden zu Beginn eng betreut, wurden dann aber mehr und mehr freier gestaltet, und schlussendlich hätten sich die Sozialarbeitenden ganz zurückgezogen. „Der Klub80 im Kanton, also diese Klubs, die sind alle im Kanton entstanden, ausser in Bern. Das waren alles Projekte von Sozialarbeitern oder Praktikanten, und die gibt es ja heute noch.“ (M.M., Z. 362-365) M.M. beschrieb weiter, dass die Patientenclubs gemeinde-nahe errichtet werden sollten (vgl. M.M. Z. 365-370)

M.M. spricht im Interview davon, dass es unter den Sozialarbeitenden auch zu Spezialisierungen kam. Verena Dürrenmatt sei nur für Patientinnen zuständig gewesen. (vgl. M.M., Z. 113-127) Ein Sozialarbeiter habe sich sehr gekonnt auf die Alkoholthematik spezialisiert (vgl. F.S., Z. 233-243).

H.F. schreibt der Öffentlichkeitsarbeit bei der Gründung des Sozialdienstes keine Rolle zu. Der Dienst sei vielmehr aus einem Bedürfnis, gar aus einer Notwendigkeit heraus entstanden. Es hätte eine neue Berufsgruppe beigezogen werden müssen, die über die Spezialisierung, das Wissen und die Vernetzung verfügte, um die Austritte gemeinsam mit den Patienten zu organisieren. (vgl. H.F., Z. 956-978)

M.M. beschrieb, dass viele der Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik aus einem bäuerlichen Milieu stammten. Die Familienpflege bei Bauernfamilien sei so für diese

Hospitalisierten eine Möglichkeit gewesen, um aus der Klinik heraus wieder in ein bäuerliches Umfeld zurückzukehren, einen geschützten Arbeitsplatz und Familienanschluss zu finden. Dass Mägde und Knechte zu einem Bauernbetrieb dazu gehörten, war Teil der Normalität in dieser Zeit, so M.M. weiter. Die Familienpflege sei nach der Pensionierung von Verena Dürrenmatt Mitte der 1980er Jahre kaum noch weitergeführt worden. Das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten bei einer Bauernfamilie platziert zu werden, habe stark abgenommen. (vgl. M.M., Z. 738-774) H.F. erzählte, dass er gute Erfahrungen gemacht habe mit dem Modell der Familienpflege. Er berichtete aber auch über die Schattenseiten der Familienpflege. Seine Erfahrungen zeigten, dass die Bauernfamilien teilweise zu wenig Begleitung und Beratung erhielten, um Personen mit psychischen Problemen bei sich aufzunehmen. Er habe auch Ende des 20. Jahrhunderts noch festgestellt, dass Patientinnen und Patienten aufgenommen wurden, um die wirtschaftliche Überlebenschance des Bauernbetriebes zu erhöhen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Vergangenheit, auf die Geschichte der Verdingung problematisch. (vgl. H.F., Z. 853-877)

10.6.2. Funktion des Sozialdienstes

F.S. beschreibt, wie in den 1970er Jahren das Bewusstsein gewachsen sei, dass zur Linderung von Psychischen Krankheiten nicht nur die Medizin und die Pflege wichtige Komponenten sind, sondern auch die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ausserhalb der Klinik. Sich mit der Lebensqualität auseinanderzusetzen sei sicherlich nicht rein ein sozialarbeiterisches Tätigkeitsgebiet gewesen, aber ihr Anteil sei und ist immer noch zentral. (vgl. F.S., Z. 168-289) „Und natürlich die Rückkoppelung. Dass wenn es einem Menschen sozial nicht gut geht, es ihm dann auch psychisch oder körperlich nicht gut geht, dass das eine Wechselwirkung hat.“ (F.S., Z. 703-706) Diese Erkenntnis habe einen direkten Einfluss auf die Institutionalisierung des Sozialdienstes genommen, so F.S. weiter. „(...) auch das Denken, dass es ein Nachher gibt. Daran denken, dass eigentlich draussen das entscheidende passiert. Das ist schon eng verbunden mit dem Sozialarbeiterischen.“ (F.S., Z. 719-723)

Durch die Kontinuität haben Sozialarbeitende einen engeren Bezug zu den Patientinnen und Patienten aufbauen können. Die Nachbetreuung sei leider je länger, desto weniger möglich gewesen, so F.S. weiter (vgl. F.S., Z. 339-374).

Für die Pflegenden sei es wichtig gewesen, Arbeiten abgeben zu können. Insbesondere, wenn Fachkenntnisse, beispielsweise der Invalidenversicherung, nötig waren. Die Problemstellungen der Klienten seien komplexer geworden. (vgl. P.K., Z. 279-360)

H.F. schilderte, dass die sozialen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung ein wichtiger Anteil des Tätigkeitsfeldes von Sozialarbeitenden war. So hätten Sozialarbeitende mit zu-

sätzlicher Aus- oder Weiterbildung auch systemische Therapien oder Familientherapien durchführen können. (vgl. H.F., Z. 126-131)

P.K. schätz die Institutionalisierung des Sozialdienstes als Bereicherung sowohl für die Patienten und Patientinnen als auch für das interdisziplinäre Team ein. Einen Vorteil in der Arbeit sah P.K. darin, dass Sozialarbeitende eine Nähe zum Patienten und seinen Problemen hatten. (vgl. P.K., Z. 286-296)

11. Fazit

Das Fazit soll einerseits dazu dienen, die Erkenntnisse der Jahresberichte mit denjenigen der Experteninterviews zu vergleichen, Gemeinsamkeiten und Widersprüche herauszufiltern. Andererseits soll im Fazit der Thesis betreffend der eingangs gestellten Forschungsfrage Stellung genommen und diese beantwortet werden. Zur Erinnerung sind die Fragestellungen hier als Titel angefügt. Die nachfolgende Grafik soll die komplexen und teils reziproken Einflüsse auf die Entwicklung des Sozialdienstes bildlich darstellen und so das Verständnis erleichtern.

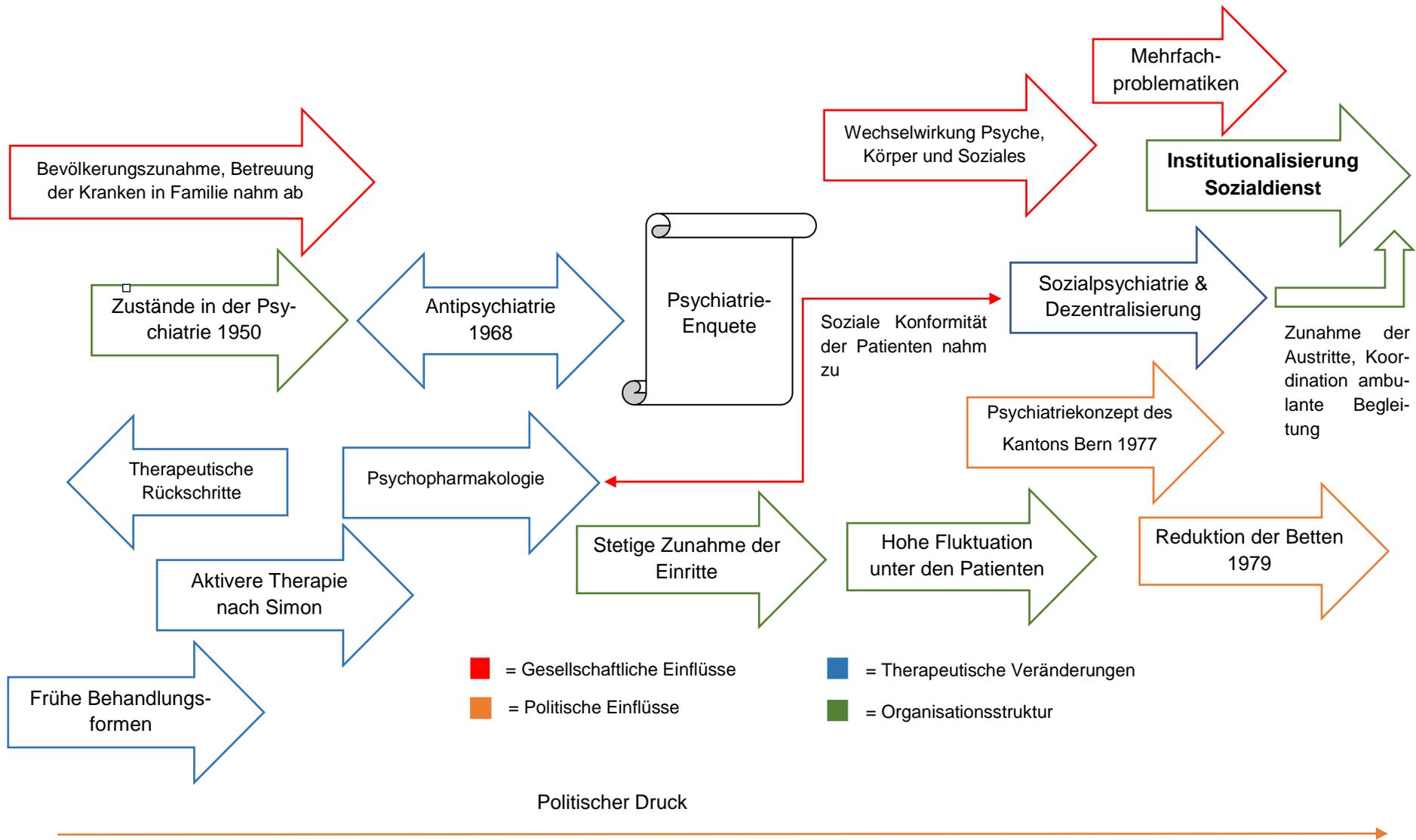


Abbildung 7. Grafische Skizze der Ergebnisse. Eigene Darstellung.

11.1. In welchem Zeitraum etablierte sich der Sozialdienst im Psychiatriezentrum Münsingen?

Der Zeitraum, in welchem sich der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen entwickelte, kann zu der Zeit angesiedelt werden, wie vorgängig antizipiert wurde. 1974 ist der Sozialdienst in den Jahresberichten zum ersten Mal erwähnt. (Dürrenmatt, 1975) Angehende Sozialarbeitende konnten auch erst um 1970 das Diplom als SozialarbeiterIn erwerben. (Wyssen-Kaufmann, 2005) Zuvor waren Fürsorgerinnen und Fürsorger mit ähnlichem Auftrag in der Klinik angestellt gewesen, waren jedoch bis 1950 ausschliesslich für den ambulanten Bereich, die Aussendienste und Beratungsstellen, tätig. Mit der Einführung des Sozialdienstes sind jedoch die drei Stellen nicht von eben ausgebildeten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter besetzt worden. Den Jahresberichten konnte entnommen werden, dass Verena Dürrenmatt bereits 1971 in der Klinik Münsingen angestellt war. (Menzi, 1987) Zur Positionierung des Sozialdienstes sei damals das Fachwissen enorm wichtig gewesen. Auch der Entscheid, eine leitende Person im Sozialdienst anzustellen, habe die Etablierung der Sozialarbeitenden in der Klinik verbessert. Sie seien so als feste Berufsgruppe angesehen worden. (vgl. F.S., Z. 98-100) Die Einführung einer Leitung ist jedoch erst nach der durch uns untersuchten Zeitperiode vollzogen worden. In einem uns vorliegenden Protokoll einer Sondersitzung wird 1999 beschrieben, dass die leitende Stelle ausgeschrieben wird. Nach dem Millenniumswechsel wurde dann ein Leiter des Sozialdienstes zu 50% angestellt. Die Stellen auf dem Sozialdienst wurden von den anfangs 3 angestellten Sozialarbeitenden aufgestockt, und 1990 arbeiteten dann 8 Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik Münsingen. (Jahresbericht, 1991)

11.2. Wie etablierte sich der Sozialdienst?

Um die Frage beantworten zu können, wie der Sozialdienst sich etablierte, musste eine weitreichendere Forschung betrieben werden. Hier ergab sich eine Reihe von hochinteressanten Kausalzusammenhängen.

Wie bereits angetönt, hatte die Etablierung des Sozialdienstes einen grossen Zusammenhang mit dem Fachwissen der einzelnen Sozialarbeitenden. Klar ist auch, dass der Sozialdienst sich erst etablieren konnte, als auch Personen mit einem entsprechenden Abschluss angestellt werden konnten.

Im Jahresbericht 1977 beschreibt Klinikdirektor Wyss das neue Psychiatriekonzept des Kantons Bern. Bei der Umsetzung des Konzeptes geht es darum, die psychiatrische Hilfe in die Regionen und Gemeinden hinaus zu dezentralisieren. Die Psychiatrische Klinik Münsingen beziehungsweise die Direktion, hätten diesen Beschluss unterstützt, da dieser gut mit der sozialpsychiatrischen Tätigkeit der Klinik zu vereinbaren war. (Wyss, 1978)

Bereits im Zwischenfazit konnte festgehalten werden, dass die verschiedenen therapeutischen Veränderungen einen grossen Einfluss auf die Einführung der Sozialpsychiatrie und so letztlich auch auf die Institutionalisierung des Sozialdienstes hatten. H.F. bestätigt dies. Auf die Frage, welche Einflüsse zur Einführung des Sozialdienstes führten, antwortete er: „Ja die ganze Psychiatriereform hat natürlich danach geschrien.“ (H.F., Z. 187-188)

Wir erkennen zunehmend deutlicher, dass durch den Versuch des Einbezuges des sozialen Umfeldes sich auch die Komplexität steigerte. Eine weitere Annahme ist daher, dass auch das ganze System mitberaten und –begleitet wurde und dazu spezifisches Fachwissen benötigt wurde. Auch in Bezug auf das Wissen über Versicherungen waren die Sozialarbeitenden Fachleute, da sie in der Ausbildung diese Spezifikation erlernten. Dieses spezialisierte Wissen konnten Sozialarbeitende im Behandlungsprozess zu Verfügung stellen.

Im Bericht von 1978 beschreibt der damalige Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss dass Kritik und Angriff auf die Strukturen der Psychiatrischen Klinik Münsingen Anlass zur kritischen Reflexion seien. Dies möge jedoch teilweise „(. . .) mühsam sein, namentlich wenn die Ideologien uns in der Person sympathischer junger Mitarbeiter oder namentlich Studenten, begegnen (. . .)“ (Wyss, 1977, S. 42). P.K. beschrieb, dass um 1968 in der Klinik Münsingen eine grosse Offenheit, Freiheit, aber auch wenige Leitplanken, bestanden hätten. Es hätte viele Kreative und durch die Freiheitsbewegung Geprägte innerhalb der Klinik gegeben, die Wille zur Veränderung mitbrachten. (vgl. P.K., Z. 436-450).

Es kann folglich die Annahme getroffen werden, dass der Wunsch zur Veränderung der Strukturen der Psychiatrie nicht nur von aussen an die Klinik Münsingen herangetragen wurde, sondern auch die intrinsische Veränderungsmotivation der Mitarbeitenden einen Einfluss hatte.

Im Zwischenfazit wurde die These aufgestellt, dass zwischen der 68er-Bewegung und der Psychiatrieentwicklung ein Zusammenhang besteht. In den Experteninterviews kommt diese Korrelation noch vertiefter zum Vorschein, wie bereits durch die Aussage von P.K. illustriert. Zudem beschreibt H.F. die in der Antipsychiatrie oftmals auf- oder gar angegriffenen Zustände. In Bezug auf die Klinik Münsingen erklärt H.F. Folgendes: „(. . .) in den 50er hatte es glaube ich über 1000 Patienten gehabt und etwa 7, 8 Mediziner. Keine Psychologen, keine Sozialarbeiter.“ (H.F., Z. 190-194) Waren auf über 1000 Patientinnen und Patienten tatsächlich weniger als 10 Mediziner angestellt und keine Psychologen, so muss unweigerlich die Frage gestellt werden, wie intensiv die medizinische, pharmazeutische Therapie der Patienten in der Realität umgesetzt werden konnte. Dieses Zitat spiegelt in nur wenigen Worten die vorherrschenden, problematischen Zustände in der Klinik um die Mitte des 20. Jahrhunderts

wieder. Max Müller beschrieb die schwierigen Zustände in der Psychiatrischen Klinik Münsingen um die 1950er Jahre.²

Verena Dürrenmatt stellte 1976 die These auf, dass die Öffentlichkeit eine aufgeschlossenerre Haltung gegenüber sozialen Problemen und Fragen habe. Laut F.S. habe das Bewusstsein zugenommen, dass ein Mensch ein soziales Wesen ist, dass körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden in einer Wechselwirkung stehen. F.S. stellt diesen Wandel im Bewusstsein direkt mit der Entstehung und Etablierung des Sozialdienstes in Verbindung. (vgl. F.S., Z. 689-706)

In den Interviews kommt zum Vorschein, dass ein sehr grosser Teil der Positionierung des Sozialdienstes mit der Leistung von Einzelpersonen zusammenhängt. P.K. beschreibt, wie sich die Sozialarbeitenden durch ihr Wissen positionieren konnten, sich ihren Platz im interdisziplinären Team erarbeiten mussten, eine Wirkung hatten und schlussendlich der Sozialdienst als Institution in der Klinik durch sie zum Selbstverständnis geworden ist. F.S. beschrieb die Sozialarbeitenden in der Entstehungsphase des Sozialdienstes in den 1970er Jahren als Einzelfiguren (vgl. F.S., Z. 50-51). Diese Form der „ad Personam“-Lösungen beschrieb auch H.F. im Gespräch. (H.F., Z. 479-481)

Die Angst der Bevölkerung einmal als psychisch krank eingestuft zu werden, in die Psychiatrische Klinik einzutreten und nie mehr auszutreten, sei durch die Organisationstruktur der Klinik Münsingen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden.³ Diese Angst von Betroffenen musste sich stark gewandelt haben, denn Mitte der 1970er Jahre nahm M.M. dieses Phänomen in ihrer Praxis gegenteilig wahr. Die Patientinnen und Patienten hatten nun die Befürchtung, zu früh aus dem stationären Aufenthalt entlassen zu werden.⁴ Die Praxis der Klinik veränderte sich rasant. Die Austritte nahmen stetig zu, und Mitte der 1970er Jahre lagen sie auf jährlich über 1000. Zudem entschied die Gesundheitsdirektion 1979, die Klinik auf 600 Betten zu redimensionieren. (Wyss, 1980) In der nachfolgenden Abbildung ist die Reduktion der Betten 1979 deutlich erkennbar.

² „Dieser Zustrom einer bestimmten Erkrankungsform mag einen Hinweis bilden auf die Gründe unserer Überfüllung: einmal die Überalterung der Bevölkerung, ferner der Platzmangel in den Spitälern und Asylen für Unheilbare, schliesslich aber auch der allgemeine Mangel an Arbeitskräften (namentlich auf dem Land), der dazu führt, dass Kranke, die man früher zu Hause gepflegt hätte, nun hospitalisiert werden müssen, bringen es mit sich, dass diese Kategorie von Patienten, die in der Regel bis zu ihrem Tode nicht mehr entlassen werden können, sich in Heil- und Pflegeanstalten ansammelt.“ (Max Müller, 1949, S.52)

³ „Also früher war die Psychiatrie so, man ist hinein gekommen und selten wieder hinaus gekommen.“ (H.F., 188-190)

⁴ „Jetzt muss ich schon wieder raus, obwohl es mir noch gar nicht gut geht.“ (M.M., Z. 617-618)

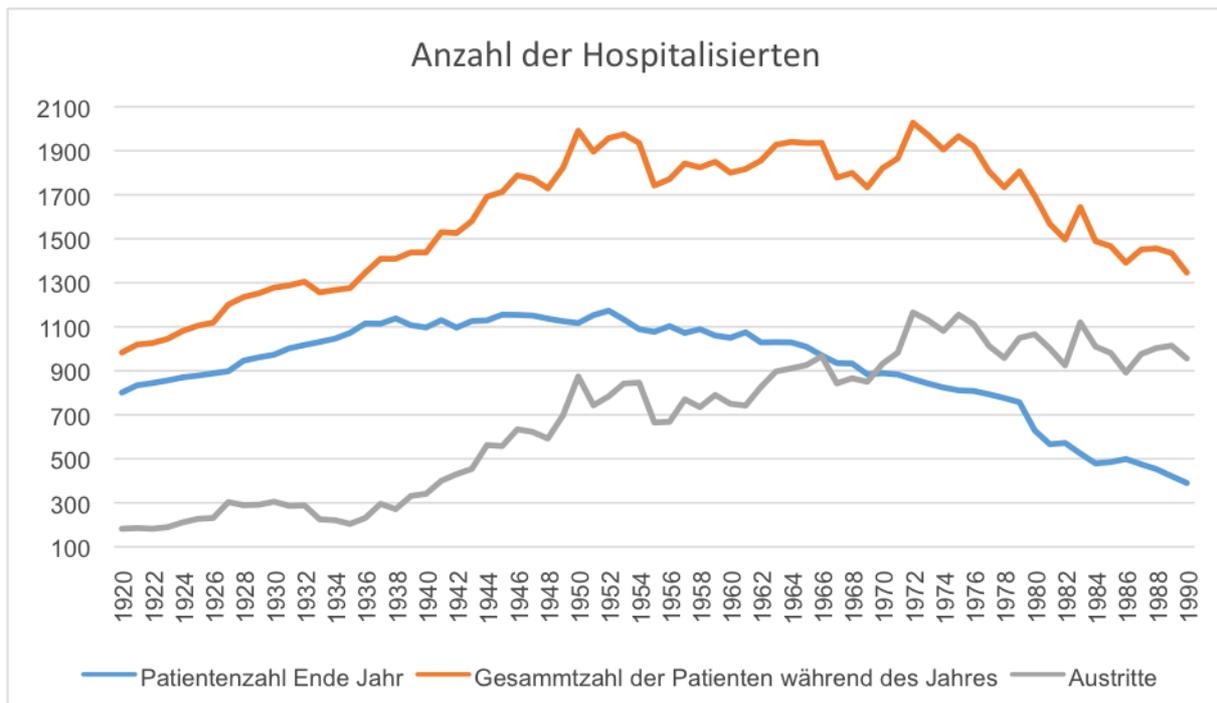


Abbildung 2. Anzahl der Hospitalisierten. Sammelnachweis aus Jahresberichten (1921-1991). Eigene Darstellung.

M.M. stellte die These auf, dass die Bettenzahl der Psychiatrischen Klinik Münsingen vor allem aus finanztechnischen Gründen reduziert wurde. Die Psychiatrie sei teuer und die Kontrolle der Kosten sei sehr zentral gewesen. Zudem seien die Sparmassnahmen bei denjenigen umgesetzt worden, die sich nicht wehren konnten. (vgl. M.M., Z. 697-702) So entstand in den 1970er Jahren eine neue Problematik, nämlich das Phänomen der Drehtürpsychiatrie. H.F. beschreibt dies im Experteninterview.⁵

Hier kann die Hypothese aufgestellt werden, dass sich der Sozialdienst auch auf Grund des Versuches der Kostendeckung etabliert hat, da die Reduktion der Bettenzahl nur durch die Institutionalisierung des Sozialdienstes umgesetzt werden konnte.

Ein weiterer Grund für die Etablierung des Sozialdienstes in diesem Zusammenhang kann auch die aufkommende Arbeitslosigkeit sein. Dadurch wären zunehmend Patienten auch nicht mehr ‚vermittelbar‘ und dadurch nicht ‚entlassbar‘ geworden, so unsere Annahme. Sozialarbeitende wurden somit auch angestellt, um in diesem Bereich als Stellenvermittler andere Disziplinen zu entlasten, so die Annahme.

Die Reduktion der Betten und der reduzierten Zeit des stationären Aufenthaltes kann neben dem vermuteten Versuch, Gelder einzusparen, auch noch andere Zusammenhänge haben. Wegen der Renovationsarbeiten wurden 1973 über 50 Langzeitpatienten aus der Klinik in die

⁵ „Das war damals als wir Leute entlassen haben, weil wir keinen Platz hatten. Das hat es natürlich auch gegeben, zum Teil. Als der Chefarzt über die Stationen gegangen ist und geschaut hat, wer steht auf zwei Beinen, wen kann man entlassen, und dann hat man das auch so umgesetzt. Das war reine Platznot“ (H.F., Z. 407-415).

Heimstätten Bärau verlegt.⁶ Die Patienten, die aus der Klinik verlegt wurden, zeigten nach kurzer Zeit deutliche Anzeichen der Besserung auf. Der Versuch, die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrischen Klinik zu reduzieren, kann also auch als Bemühung verstanden werden, der beschriebenen Chronifizierung der Krankheiten entgegenzuwirken. P.K. beschreibt dieses Umdenken in anderen Worten: „Man hat gesagt, Psychiatrie ist nicht Wohnen, das ist ein Spital.“ (P.K., Z. 416-417)

Die Bettenzahl sowie die Aufenthaltsdauer wurden reduziert, als direkte Folge stiegen die Austritte signifikant an. Auch H.F. sah zwischen dem Anstieg der Austritte und dem Auftrag des Sozialdienstes eine enge Korrelation. Sozialarbeitende seien als wichtige Berufsgruppe zur Planung des Austrittes hinzugezogen worden (vgl. H.F., Z. 269-274).

Auf den spezifischen Auftrag von Sozialarbeitenden wird im nächsten Kapitel tiefgreifend eingegangen. An dieser Stelle ist jedoch bereits zu erwähnen, dass die Planung und die Organisation des Austrittes gemeinsam mit den Hospitalisierten das zentrale Aufgabengebiet der Sozialarbeitenden war. Die Etablierung des Sozialdienstes stand somit in direkter Verbindung mit diesen strukturellen Veränderungen in der Psychiatrischen Klinik in Münsingen, so die Annahme der Autorin und des Autoren. Eine weitere Annahme ist, dass mit der Etablierung des Sozialdienstes versucht wurde, das Wissen um das Netzwerk der alternativen Platzierungsmöglichkeiten ausserhalb der Psychiatrie zu monopolisieren.

Zwei Drittel der Patienten seien nicht mehr als 29 Tage in der Klinik hospitalisiert gewesen. Bei diesen Patienten seien die Beziehungen und Strukturen ausserhalb der Psychiatrischen Klinik noch vorhanden und der Bedarf an Rehabilitationen beziehungsweise an extrahospitalen psychiatrischen Vorkehrungen sei bei diesen Patienten klein gewesen. (Wyss, 1980) In der Begleitung und Beratung dieser Patienten sind die Sozialarbeitenden nur wenig einbezogen worden, so unsere Schlussfolgerung.

11.3. Welches waren Auftrag und Funktion des Sozialdienstes?

An diesem Punkt wird eine Unterscheidung zwischen dem Auftrag und der Funktion des Sozialdienstes wiederum eingeführt. Unter dem Begriff des Auftrages wird eine Aufforderung zu einer bestimmten Handlung verstanden. Wie einleitend beschrieben, fällt unter den Begriff der Funktion die objektive Konsequenz eines sozialen Sachverhalts beziehungsweise einer Handlung.

⁶ „Nach etlichen Anlaufschwierigkeiten entwickeln sich diese Kranken unter den so viel besseren Lebensbedingungen der Bärau in einem völlig offenen Haus in nie geahntem Ausmass zu einer selbständigen, unter sich hilfsbereiten Gruppe, von der neun auswärts in einer geschützten Werkstatt gute Arbeit und einen entsprechenden Lohn verdienen. Wir haben eh und je darauf hingewiesen, dass Chronifizierung und Hospitalismus in veralteten und überfüllten Psychiatrischen Spitälern fast zwangsläufig einen Teil der Kranken befallen müssen -, hier ist der Beweis mit umgekehrten Vorzeichen mit Händen zu greifen.“ (Wyss, 1973, S. 39)

11.3.1. Auftrag des Sozialdienstes

Die zu Beginn der Arbeit antizipierte These, dass der Auftrag des Sozialdienstes sich stark um den Austritt der Patientinnen und Patienten herum entwickelte, konnte durch die Recherchen bestätigt werden. Die befragte Sozialarbeitende M.M. wertete die Vorbereitung auf den Austritt als Hauptaufgabe des Sozialdienstes. Dabei hätten Fragen nach der Wohn- und Arbeitssituation oder betreffend Finanzen und dem sozialen Umfeld der Patienten bearbeitet werden müssen. Ziel sei immer ein gelingender Austritt gewesen. (vgl. M.M., Z. 305-308 / 364-365) Um diesen Auftrag ausführen zu können, um für eine psychisch kranke Person den richtigen Platz in der passenden Institution finden zu können, brauchte es enormes Wissen, so unsere Annahme. F.S. beschreibt, dass dieses Wissen ein grosser Vorzug von Sozialarbeitenden war. (vgl. F.S., Z. 575-588)

Eine zentrale Aufgabe des Sozialdienstes war in den 1970er und 1980er Jahren die Begleitung der Patientinnen und Patienten in der Familienpflege. Die Familienpflege sei durch den Sozialdienst – und vorher durch die Fürsorgenden – der Klinik Münsingen institutionalisiert worden. Sie erlaube individuelle Betreuung und Anregung sowie Beschäftigung von Langzeitkranken. (Menzi, 1984) Auch Dürrenmatt et al. beschreiben die positiven Auswirkungen einer Platzierung in einer guten Pflegefamilie.⁷ Zur Thematik der Familienpflege wird im Schlusswort noch einmal Stellung genommen.

Der Auftrag von Sozialarbeitenden in der Psychiatrischen Klinik Münsingen war vielfältig, genauso vielfältig, wie die Problem- und Themenbereiche, die ihre Patientinnen und Patienten beschäftigten. Ruth Schläpfer fasst diese 1988 zusammen. Interessant ist, dass im Selbstverständnis der Sozialarbeiterin die Thematik der zwischenmenschlichen Beziehungen als erstes Themengebiet genannt wurde. Dies zeigt die sozialpsychiatrische Ausrichtung der Arbeit des Sozialdienstes in der Klinik Münsingen. P.K. sei aufgefallen, dass die Patienten und Patientinnen in ihrem sozialen Netz weniger aufgefangen waren und aus diesem Grund vermehrt externe Unterstützung brauchten. Parallel dazu habe sich die Tätigkeit der Sozialarbeitenden gewandelt und sei komplexer geworden. (vgl. P.K., Z 216-224) Ruth Schläpfer beschreibt die psychischen Erkrankungen und ihre Folgen als Aufgabengebiet in der Beratung. H.F. beschrieb sogar, dass Sozialarbeitende mit der entsprechenden Aus- oder Weiterbildung systemische Therapien oder Familientherapien durchführen können. Die Auseinandersetzung mit den Folgen von psychischen Krankheiten ist eine zentrale Aufgabe der Sozialarbeitenden gewesen. (vgl. H.F., Z. 126-131)

⁷ „Wir machen die Erfahrung, dass der psychisch Kranke in einer guten Pflegefamilie die Geborgenheit erfährt, die ihn befähigen kann, wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.“ (Dürrenmatt, Studer & Häberli, 1978, S. 42)

Wir erkennen hier klar, dass ein weiterer Auftrag des Sozialdienstes die Erfassung eines ganzheitlichen Bildes der Situation des Patienten und auch das spezifische Wissen in Rechts- und Versicherungsfragen war. Der Auftrag in diesem Bereich war, den Patienten über diese Gegebenheiten aufzuklären und mit ihm Wege zur Erhaltung oder Verbesserung seiner momentanen Situation zu erarbeiten.

Entlassene Patienten zu betreuen sei aufgrund der geringen Kapazität des Sozialdienstes kaum möglich, jedoch ein grosses Bedürfnis gewesen, dem nur in Einzelfällen gerecht werden können. (Dürrenmatt, 1975) Wie vorgängig in den Experteninterviews beschrieben, war diese Aufgabe jedoch sehr zentral für die Sozialarbeitenden, da unter anderem auch die Kontinuität der Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Patienten für zweitgenannte sehr wichtig gewesen ist. (vgl. F.S., Z. 43-50) Leider konnte man diesem Aspekt sozialarbeiterischer Tätigkeit nicht immer gerecht werden. Dies könnte ein Indiz dafür sein, warum zunehmend mehr Sozialarbeitende in der PKM angestellt wurden.

Bereits im Zwischenfazit konnte ein Unterschied zwischen dem Selbst- und dem Fremdbild des Auftrages von Sozialarbeitenden festgestellt werden. Oftmals seien die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter von den Vertretern der anderen Disziplinen vor allem in der Rolle als Stellenvermittler für Hospitalisierte wahrgenommen worden. (Dürrenmatt, 1975) In beiden Darstellungen wurde jedoch hervorgehoben, dass der Kontakt zum Arbeitgeber ein wichtiges Instrument der Sozialarbeitenden in Bezug auf die Arbeitsintegration des Patienten war. (Dürrenmatt et al., 1976)

Bereits im Jahresbericht von 1975 beschrieben die Sozialarbeitenden jedoch, dass der Aufwand an Zeit, um mit dem Patienten eine Stelle zu finden, enorm angewachsen sei. (Dürrenmatt et al., 1976) In den Experteninterviews zeichnete sich ein diametraler Unterschied in der Wahrnehmung ab. M.M. war Ende der 1970er Jahre selbst als Sozialarbeiterin in der Psychiatrischen Klinik Münsingen angestellt. Sie beschrieb, dass die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt damals noch mit wenig Aufwand verbunden gewesen sei. (vgl. M.M., Z. 292-300). Auch P.K. meinte, dass damals die Reintegration von Patientinnen und Patienten in die Arbeitswelt noch nicht derart komplex war, da sie meist noch eine Stelle gehabt hätten oder zumindest einfach vermittelbar waren. (vgl. P.K., Z. 26-40) Diese Beobachtung hatte einen Zusammenhang mit der Situation auf dem damaligen Arbeitsmarkt.⁸ H.F. beschreibt, wie Arbeitgeber in den 1980er Jahren in der Psychiatrischen Klinik anriefen, um mögliche Arbeitnehmer zu finden (vgl. H.F., Z. 32-37). Der Unterschied in der Wahrnehmung könnte

⁸ „(...) es war auch eine Zeit, in welcher der Patient angerufen hat, und morgen konnte er arbeiten gehen.“ (M.M., Z. 292-294)

von daher kommen, dass die Experten im Interview einen Rückblick in der Zeit vornehmen und so einen Vergleich mit der Gegenwart in ihre Erzählungen einfließen.

Die Sozialarbeitenden haben 1975 zum ersten Mal einen Patienten mit einer Rente, jedoch ohne Arbeit oder genügende Beschäftigung aus der Klinik entlassen müssen. Es hätten zu wenige sozialpsychiatrische Einrichtungen wie Day-Center, Patientenklubs oder Wohnheimen bestanden, so Dürrenmatt et al. (Dürrenmatt, 1976) Statt die Verantwortung abzugeben, nahmen sich die Sozialarbeitenden dem erkannten Problem selbst an und fanden Lösungen. Beispielsweise gründeten und begleiteten die Sozialarbeitenden eine Wohngemeinschaft für ehemalige Langzeitpatientinnen und -patienten. Ebenfalls wurden Selbsthilfegruppen wie der Klub80 ins Leben gerufen und betreut. Somit veränderte sich der Auftrag Sozialarbeitender in der Psychiatrischen Klinik auch, als entdeckt wurde, dass es zu wenige sozialpsychiatrische Angebote für entlassene Patienten in der Region gab, so unsere Annahme.

11.3.2. Funktion des Sozialdienstes

Im vorgegangenen Kapitel wird dargestellt, dass der wichtigste Auftrag der Sozialarbeitenden war, die Austritte gemeinsam mit den Hospitalisierten und deren Umfeld zu planen und umzusetzen. Aus diesem Tätigkeitsgebiet ergibt sich die Konsequenz, dass der Sozialdienst die Funktion der Nahtstelle zwischen Aussenwelt und Klinik hatte. (vgl. Dürrenmatt, 1982) Da die Sozialarbeitenden in Einzelfällen als einzige Disziplin die Möglichkeit hatten die Hospitalisierten auch nach ihrer Entlassung noch zu begleiten oder zu beraten, ergibt sich in diesen Fällen die latente Funktion der Kontinuität der Beziehung. (vgl. F.S., Z. 339-374) Neben dem Vertrauen, das durch die kontinuierliche Beziehungsarbeit entstehen kann, erhalten die Sozialarbeitenden so ein vertieftes Bild der Persönlichkeit und der Krankheit der Patientinnen und Patienten, so unsere Annahme.

Bereits im Zwischenfazit wurde die These aufgestellt, dass die Institutionalisierung des Sozialdienstes einen Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit der Psychiatrischen Klinik hatte. Durch die Brückenfunktion des Sozialdienstes konnte die Klinik Münsingen die Öffnung der Institution nach aussen in ihre Selbstdarstellung mit einbeziehen. Insbesondere in den ersten Jahren des Bestehens erhielt der Sozialdienst eine Plattform in den Jahresberichten. Den Mitarbeitenden der anderen Disziplinen wurde die Möglichkeit der Selbstdarstellung in dieser Form nicht gewährt. Die Psychiatrische Klinik war stets bemüht aufzuzeigen, dass die Institution nicht in der Abgeschlossenheit hinter hohen Mauern agiere. (Wyss, 1975)

In den Jahresberichten wird zudem beschrieben, wie die Sozialarbeitenden versuchten, das Bild von psychisch Kranken in der Öffentlichkeit positiv zu beeinflussen, insbesondere auch in der direkten Zusammenarbeit mit Angehörigen der Patienten, Behörden und Institutionen. (vgl. Dürrenmatt et al. 1977) Auch in den Interviews kommt diese Funktion des Sozialdienstes

tes erneut zur Sprache. Die ehemalige Sozialarbeiterin M.M. beschreibt, dass die Angehörigenarbeit auch zur Öffentlichkeitsarbeit zähle, da durch diese das Bild der Psychiatrie nach draussen getragen wurde.⁹ Die Öffentlichkeitsarbeit kann folglich als manifeste Funktion des Sozialdienstes verstanden werden. Es hat sich jedoch in dieser Arbeit herausgestellt, dass der Sozialdienst viel Öffentlichkeitsarbeit betrieb, als dies angedacht war und kommuniziert wurde.

Im Kapitel 11.2. wurde bereits beschrieben, wie die Reduktion der Betten – mit der auch die Institutionalisierung des Sozialdienstes in Verbindung gebracht werden kann – aus politischem Kostendruck resultierte. Indem Sozialarbeitende den Auftrag hatten, den Austritt aus der stationären Behandlung so schnell als möglich zu planen und umzusetzen, sanken die Kosten der Krankenkassen, so unsere Annahme. Diese Kostenreduktion kann als latente Funktion, beziehungsweise Konsequenz von sozialarbeiterischem Handeln verstanden werden.

In den Interviews wird immer wieder die wertvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit angesprochen. Wir denken, dass sich der Sozialdienst über diese Teamarbeit positionieren musste. Den Teambildungsprozess mit zu gestalten sehen wir als latente Funktion der einzelnen Sozialarbeitenden.

11.4. Wie nahmen die Mitarbeitenden von damals die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf die Entwicklung des Sozialdienstes wahr?

Die Jahresberichte lieferten kaum ein Bild, wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Zeit der Institutionalisierung des Sozialdienstes abgespielt hatte. Zwischen den Zeilen konnte eine problembehaftete Beziehung zwischen den Fachpersonen der Medizin und denen der Psychologie herausgelesen werden. Ärzte nahmen sich als abseits stehende Fachdisziplin wahr, gleichzeitig übernahmen sie jedoch alle leitenden Funktionen in der Klinik. Auch gegenüber dem „sozialreformerischen Umbruch“ war zumindest die Klinikleitung äusserst kritisch eingestellt (Menzi, 1882, S. 87). Eine grosse Schwierigkeit für eine gelingende Zusammenarbeit sehen wir darin, dass Psychologen und Psychologinnen, aber auch Sozialarbeitende in ihren theoretischen Grundlagen nicht ernst genommen oder gar als esoterisch abgetan wurden.¹⁰ Die Experteninterviews konnten in Bezug auf diese These Aufschluss

⁹ „Ich denke, man hat nicht viel gemacht. Im Verständnis der Familie natürlich schon, man hat gesagt, was man da machen könnte. Wie sie sich helfen könnten.“ (M.M., Z. 478-483).

¹⁰ „(...) esoterische psychiatrische Argumentationsgebäude, in welche nur noch Zutritt hat, wem die Weihe spekulativer Konstrukte der Selbst- und Ich-Psychologie zuteilwurde. Derartige Entwicklungen führen die Psychiatrie noch mehr ins Abseits und verunmöglichen interdisziplinäre Kontakte.“ (Menzi, 1985, S. 92)

geben. Die Beziehung zwischen den Vertretern und Vertreterinnen der Disziplinen der Medizin und der Psychologie scheint auch heute noch sehr angespannt zu sein. Kritische oder sarkastische Äusserungen über die jeweils andere Profession haben sich in den Interviews gehäuft. M.M. beschreibt den professionellen Bezug der beiden Professionen aus der Ausenperspektive folgendermassen: „Da haben wir die Akademiker, die ein Bisschen zusammenprallen. Das ist ihr Problem. Das kann man auch über die Jahrzehnte nicht lösen, dass jeder meint, er sei intelligenter.“ (M.M., Z. 824-827) H.F. machte folgende Aussage: „Der Oberarzt hat immer Recht.“ (H.F. Z. 712). Äusserst interessant an dieser Stellungnahme ist, dass Gerhard Schwarz Herrschaftskonflikte im Volksmund mit exakt diesen Worten wiedergibt.¹¹ Gerhard Schwarz beschreibt eine Hierarchie in einem System als Instrument zur Meinungsvereinheitlichung und damit Entscheidungen getroffen werden können. Aufgabe der Mitarbeitenden ist es anschliessend, diese zentral getroffenen Beschlüsse umzusetzen, selbst wenn die Leitung sachlich im Unrecht ist oder die Mitarbeitenden mit der Entscheidung nicht einverstanden sind. Dies führe zur häufigsten Konfliktquelle in Organisationen, zu Herrschaftskonflikten. (Schwarz, 1985)

Sozialarbeitende und Psychologen und Psychologinnen hätten als Profession ungefähr in derselben Zeitspanne Einzug in die Psychiatrie genommen. Die Sozialarbeitenden hätten es aber laut F.S. früher als die Psychologinnen und Psychologen geschafft, sich als Berufsgruppe zu positionieren. (vgl. F.S., Z. 101-119) P.K. beschreibt zudem, dass die Haltung des Chefarztes einer Abteilung einen grossen Einfluss darauf hatte, wie Sozialarbeitende sich positionieren konnten. (vgl. P.K., Z. 105-172) Äusserst spannend ist zudem die Aussage von H.F. Er erklärt, dass es zwischen Sozialarbeitenden und Psychologinnen sowie Psychologen zu Koalitionen gekommen sei. „Die Regel war bei uns, dass immer eine Person aus dem Fachbereich Psychologie und eine aus der Sozialen Arbeit alleine vis à vis von viel mehr Pflegenden und viel mehr medizinischen Fachpersonen stand, und dann muss man immer eine Minderheitenposition vertreten.“ (H.F., Z. 727-733)

Die Experteninterviews haben zur Beantwortung der Forschungsfrage nach der Wahrnehmung der interdisziplinären Zusammenarbeit den bedeutendsten Beitrag geleistet.

Die These, dass typische Aufgabengebiete der Sozialarbeitenden, wie die Planung des Austrittes, vor der Institutionalisierung des Sozialdienstes als Auftrag bei den Pflegenden angesiedelt war, konnte so nicht verifiziert werden. Hingegen hat sich herausgestellt, dass neben einzelnen Aufgaben, die durch die Pflegenden übernommen wurden, vor allem die Fachleute der Medizin, insbesondere die Assistenzärzte und -ärztinnen, sich um Aufgaben kümmerten, die später als sozialarbeiterisch definiert wurden. H.F. erklärte, dass die Aufgaben von Sozi-

¹¹ „Der Chef hat immer recht“ (Schwarz, 1985, S. 230)

arbeitenden früher durch Mediziner ausgeführt worden seien (vgl. H.F., Z. 872) P.K. geht davon aus, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte auch in den 1970er Jahren noch bedeutend mehr an Vermittlungsarbeit ausserhalb der Klinik geleistet hätten als heute. Auch F.S. beschreibt aus der Sicht als damaliger Assistenzarzt den Sozialdienst eher als Informationsquelle betreffend komplexer Fragen in den Bereichen Wohnen und Arbeiten (vgl. F.S., Z. 54-55). Äusserst spannend in dem Zusammenhang ist auch folgende Aussage von M.M. Die Sozialarbeitenden hätten begonnen, die neuen Assistenzärzte einzuladen und ihnen das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie aufzuzeigen. So habe man versucht, ihnen die Angst vor der Sozialarbeit zu nehmen (vgl. M.M. 351-358). Die medizinischen Fachpersonen waren auf der Hierarchiestufe höher gestellt als die Mitarbeitenden der Pflege. Es besteht die Annahme, dass der Schwierigkeitsgrad so höher gewesen sein könnte, die Aufgabengebiete von Mediziner*innen zu übernehmen beziehungsweise die Legitimation zu erhalten ihre angestammten Tätigkeiten auszuführen.

Auf die Frage, ob es Vertreter und Vertreterinnen der Disziplinen innerhalb der Psychiatrie gab, die von der Institutionalisierung des Sozialdienstes profitiert hätten, antwortete F.S. folgendermassen: „Gerade die Assistenten haben es natürlich am Anfang nicht so gerne abgegeben, aber sind sicherlich entlastet worden.“ (F.S., Z. 547-550) Auch M.M. beschreibt in ähnlichen Worten, dass die Angestellten der Pflege teils Mühe hatten sich abzugrenzen: „Ich denke schon, die Pflege war eher behütend, ob sie das heute noch kann weiss ich nicht, das bezweifle ich, sie ging auch viel in die Sozialarbeit hinein, weil sie sich nicht begrenzen wollte, nur auf dieses Pflegerische, Behütende, dass sie sich auch interessiert haben wie geht es mit dem Mensch jetzt weiter, sie hatten ja auch viel mehr Kontakt mit dem Patienten als der Sozialarbeitende“ (M.M., Z. 805-814).

Gerhard Schwarz beschreibt neben den Herrschafts- auch Veränderungskonflikte als häufig in Organisationen. Dabei bestehen vier Untergruppen. Zwei dieser vier Unterkategorien der Veränderungskonflikte sind deutlich wiederzuerkennen in der Umstrukturierung der Psychiatrischen Klinik durch die Einführung des Sozialdienstes. Gerhard Schwarz beschreibt die Rollenänderung als eine Ursache für Veränderungskonflikte. „Dazu gehören etwa Verteilung neuer Kompetenzen, Advancement bestimmter Personen oder Personengruppen in Rollen, die sie bisher nicht hatten.“ (Schwarz, 1985, S. 231) Der Sozialdienst erhielt den Auftrag beziehungsweise die Kompetenz, die planerischen und zwischenmenschlichen Schritte einzuleiten, die für die Organisation des Austrittes gemeinsam mit den Hospitalisierten nötig waren. Ebenfalls seien sogenannte Norm- und Standardänderungen weitere Ursachen. Norm- und Standardänderungen bedeuten, dass neue Regeln für die Kooperation sowohl nach innen als auch nach aussen gelten. (Schwarz, 1985) Die Zusammenarbeit zwischen den angestammten Disziplinen und den Sozialarbeitenden musste erst gefunden werden. Für die

Orientierung nach aussen waren neu die Sozialarbeitenden zuständig oder in der ersten Zeit der Institutionalisierung zumindest die Ansprechpersonen.

12. Schlussfolgerung

Heute gehört der Sozialarbeiter dazu, früher war er einfach bei Bedarf dazu geholt worden und dann hat man gesagt, was man braucht. (...) Ich glaube, dass Sozialarbeiter heute noch kämpfen um den Teil, den sie machen müssen. Ich habe in all den Jahren komischer Weise mehr gehört, man traut mir nichts zu. Ich habe selten gehört, man traut mir zu viel zu. Also bspw. das Unangenehme oder Schwierige hätte auf die Sozialarbeiter abgeschoben. Ich habe viel mehr gehört, ich werde zu wenig wahrgenommen, man traut mir zu wenig zu. (F.S., Z. 658-681)

Im untersuchten Zeitraum von 1920-1990 veränderte sich die Arbeit mit psychisch kranken Personen weitgehend. Von der alten Verwahrfunktion hin zu einem integrativen Aspekt der Sozialpsychiatrie, von der Zwangsjacke über die Sterilisation, der aktiveren Krankenbehandlung hin zur Psychopharmakotokologie. In der vorliegenden Arbeit wird deutlich erkennbar, dass der Patient nicht immer zentral im Blickpunkt der Therapie war.

Zu Beginn der untersuchten Periode ist klar ersichtlich, dass versucht wurde, den ‚Spreu vom Weizen‘ zu trennen. Der Versuch, ein ‚gesundes Allgemeines‘ zu sein, dieser Versuch ist gescheitert. Es ist jedoch weiter klar ersichtlich, dass die Psychiatrie eine Funktion einnimmt, welche auch in den Jahren von 1970 bis 1990 von vielen Seiten kritisiert wurde.

Viele Einflüsse werden in der vorliegenden Arbeit diskutiert und analysiert, und jeder dieser Einflüsse hat einen bestimmten Teil dazu beigetragen, dass die Psychiatrie das geworden ist, was sie ist.

Über die Schattenseiten der Familienpflege liefern die Daten der Experteninterviews Aufschluss. Dass Mägde und Knechte zu einem Bauernbetrieb dazu gehörten, war Teil der Normalität in dieser Zeit. (vgl. M.M., 738-774) H.F berichtet, dass die Bauernfamilien teilweise zu wenig Begleitung und Beratung erhalten hätten, um Personen mit psychischen Problemen bei sich aufzunehmen. Er habe auch Ende des 20. Jahrhunderts noch festgestellt, dass Patientinnen und Patienten aufgenommen wurden, um die wirtschaftliche Überlebenschance des Bauernbetriebes zu erhöhen. (vgl. H.F., Z. 853-877) Im uns vorliegenden Pflegevertrag sehen wir eine Rechtsgrundlage, welche den Patientinnen und Patienten ausreichend Schutz bieten kann. Wie regelmässig und wie umfassend überprüft wurde, ob die

Rechte der Patienten und Patientinnen sowie der Pflichten der Pflegefamilie eingehalten wurden, kann an dieser Stelle nicht abschliessend beantwortet werden. Im Hinblick auf die Geschichte des Verdingwesens und der Kinder der Landstrasse, müsste die Thematik der Platzierung von psychisch kranken Personen in der Familienpflege aufgearbeitet werden. Auch die Frage, welchen Einfluss die Psychopharmaka auf den einzelnen Patienten haben, und ob dieser dadurch nicht einfach ‚sozial angepasst‘ wird, wirft die vorliegende Arbeit auf, ohne sie zu beantworten.

Die Bachelorthesis deckt auf, warum der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen etabliert wurde und wie sich der Auftrag und die Funktion in den beschriebenen zwanzig Jahren verändert haben.

Die interdisziplinäre Arbeit hat sich, so unsere Annahme, nicht gross verändert. ‚Der Chef hat immer Recht‘. Wir denken jedoch, dass die Akzeptanz und die Meinung anderer Berufsgruppen einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der gesunden Anteile des jeweiligen Patienten leisten, und dass dieser Beitrag erkannt und anerkannt wird. Die Spezialisierung der verschiedenen Disziplinen ermöglicht einen erweiterten Blickwinkel in das soziale Leben des Patienten, und der Ansatz der Sozialpsychiatrie ist genau dieser. Es ist wichtig, sich weiterführende Fragen zu stellen, um der Drehtürpsychiatrie entgegen zu wirken. Ebenfalls ist es von Bedeutung, Angebote ausserhalb der jeweiligen Institution zu schaffen, um Sozial- und Gemeindepsychiatrie weiter zu verbinden. Es kann sein, dass durch die Sozialpsychiatrie vermehrt schwerwiegende Fälle in die Klinik kamen, da andere ambulant behandelt werden konnten. Zudem besteht die Annahme, dass durch die Institutionalisierung der Sozialpsychiatrie die Kontinuität in der Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und entlassenen Patientinnen und Patienten abgenommen hat. Durch die ambulanten Angebote wie Tageskliniken oder psychiatrische Dienste in den grösseren Städten sind auch immer mehr Fachpersonen in die Patientengeschichte involviert. Je mehr Schnittstellen bestehen, desto mehr geht an Wissen und Beziehung verloren, so unsere Annahme.

Es war in den Experteninterviews auch ersichtlich, dass sich Sozialarbeitende ihren Platz teilweise auch heute noch erkämpfen müssen. (vgl. F.S., Z. 667-680) Klaus Dörner beschreibt, dass Ärztinnen und Ärzte traditionell die Rolle der Leitung in medizinischen Institutionen wie der Psychiatrie übernehmen. Damit Verantwortung sowie Kompetenzen an andere Disziplinen als die medizinische abgegeben werden kann, braucht es eine Bereitschaft beider Seiten. (Dörner et al., 2002)

Eine weitere spannende Frage ist jene der Diskrepanz zwischen der behütenden Funktion, beziehungsweise die Utopie der absoluten Sicherheit einer Psychiatrischen Klinik und jener der Freiheit der einzelnen Person. Im Jahr 1974 ist ein Patient in der sogenannten Ferienko-

lonie spurlos verschwunden und konnte trotz grossangelegter Suchaktion nicht wiedergefunden werden. „So traurig ein solches Vorkommnis für alle Beteiligten ist, so muss man sich doch klar sein, dass derartige Risiken zur Freiheit gehören, und dass ohne sie unendlich viel Lebensfreude und gesundheitsfördernde soziale Kontakte, welche hunderte von Kranken in der Lenk gefunden haben, unmöglich wären.“ (Wyss, 1975, S. 41) Im Rahmen der oftmals in den Medien diskutierten Suizide wäre es interessant, eine Position zu erarbeiten, welche es ermöglicht, in solchen schwierigen Situationen angepasst reagieren zu können. Wenn eine Anpassung an eine Norm angestrebt werden soll, so ist es unweigerlich auch die Aufgabe, Freiheit mit dieser Norm zu implizieren. Welche Rolle hier Sozialarbeitende einnehmen können wäre äusserst interessant zu klären. Der Umstand, dass Sozialarbeitende über die Geschichte und Hintergründe des jeweiligen Patienten sehr viel wissen, da es ihre Aufgabe ist, diese zu erkennen, ist im interdisziplinären Team von grosser Bedeutung, so unsere Überlegung.

Es stellte sich im Lauf der Arbeit vermehrt auch die Frage, ob Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik Münsingen nicht viel mehr eine beratende Funktion eingenommen haben. Somit wäre der Wortlaut „Sozialdienst“ zu überdenken und man müsste sich überlegen, ihn in „Sozialberatung“ umzubenennen.

Während der Arbeit kamen auch die unterschiedlichen Blickwinkel der Autoren zum Vorschein. Der Autor arbeitet zurzeit selbst im Psychiatriezentrum Münsingen und hat dadurch spezifisches Wissen über die Organisation und die Abläufe. Durch die Autorin kommt eine Aussenperspektive hinzu, welche es ermöglicht, in die Arbeit auch kritische Blickwinkel einfließen zu lassen.

13. Dank

Ein grosser Dank geht an die Fachpersonen, welche sich für eines der Experteninterviews zur Verfügung gestellt haben. Die Aussagen waren für die Arbeit zentral, sehr interessant, ebenso wie die Gespräche und die Menschen, die hinter diesen stehen.

Ein weiterer Dank geht an Herrn Prof. Dr. Olaf Maass, welcher uns insbesondere bei der Strukturierung beratend zur Seite gestanden ist und unserer Anliegen immer kompetent annahm.

Zudem danken wir Henri Schaeren, Beat Schmutz, Lorena Nüesch und Nicolai Wenger fürs Gegenlesen und Korrigieren der Arbeit.

14. Literaturverzeichnis

- Bettler, Therese. Walther, Fritz (1981). [über 1980] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Brauchli, Ulrich. (1921). [über 1920] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1922). [über 1921] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1923). [über 1922] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1924). [über 1923] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1925). [über 1924] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1926). [über 1925] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1927). [über 1926] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1928). [über 1927] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1929). [über 1928] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1930). [über 1929] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1931). [über 1930] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1932). [über 1931] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1933). [über 1932] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1934). [über 1933] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1935). [über 1934] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1936). [über 1935] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*

- Brauchli, Ulrich. (1937). [über 1936] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1938). [über 1937] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Brauchli, Ulrich. (1939). [1938] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Cooper, David. (1967). *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Dörner, Klaus. Plog, Ursula. Teller, Christine. Wendt, Frank. (2002). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dürrenmatt, Verena. (1975). [über 1974] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Dürrenmatt, Verena. Roth, Brigitta, Studer, Hanni. (1976). [über 1975] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Dürrenmatt, Verena. Roth, Brigitta, Studer, Hanni. (1977). [über 1976] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Dürrenmatt, Verena. Studer, Hanni & Häberli, Margrit (1978). [über 1977] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Dürrenmatt, Verena. (1981). [über 1980] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Foucault, Michel. (2013). *Wahnsinn und Gesellschaft.* (20. Auflage) Paris: Suhrkamp.
- Foucault, Michel. (2005). *Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (7. Auflage) Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Gläser, Jochen. Laudel, Grit. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse 3., überarbeitete Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Gurtner, Theodor. (1971). [über 1970] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Gurtner, Theodor. (1978). [über 1979] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Hauswirth, Bernhard. (1983). [über 1982] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Kliniken.*
- Hauswirth, Bernhard. (1988). [über 1987] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Kliniken.*
- Herz, Albert. Hippus, Hanns, Spann, Franz. (1990) *Psychopharmaka Heute.* Berlin: Springer
- Kriesten, Alfred. (2001) *Praxisforschung Sozialer Arbeit. Arbeitsgrundlagen.* Bern: Berner Fachhochschule Soziale Arbeit
- Komann, Roland. (1990). [über 1989] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*

- Meier, Marietta. Bernet, Brigitta. Dubach, Roswitha. & Germann. Urs. (2007). *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970*. Zürich: Chronos.
- Menzi, Waldemar (1983). [über 1982] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Menzi, Waldemar (1984). [über 1983] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Menzi, Waldemar (1985). [über 1984] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Menzi, Waldemar (1986). [über 1985] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Menzi, Waldemar (1987). [über 1986] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Menzi, Waldemar (1988). [über 1987] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*
- Müller, Max. (1948). [über 1947] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1949). [über 1948] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1950). [über 1949] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1951). [über 1950] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1952). [über 1951] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1953). [über 1952] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Müller, Max. (1954). [über 1953] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Pauchard, Jean-Pierre. (1989). [über 1988] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*.
- Pauchard, Jean-Pierre. (1990). [über 1989] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*.
- Pauchard, Jean-Pierre. (1991). [über 1990] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*.
- Psychiatrische Klinik Münsingen. (1977). *Pflegevertrag mit Pflegefamilien*. Entnommen *Sammelband Sozialdienst Psychiatriezentrum Münsingen*.

- Reimann, Horst. Giesen, Bernhard. Goetze, Dieter. Kiefer, Klaus. Meyer, Peter. Mühlfeld, Claus. Schmid, Michael. (1991). *Basale Soziologie: Hauptprobleme*. (4. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Reimann, Horst. Giesen, Bernhard. Goetze, Dieter. Schmid, Michael. (1991). *Basale Soziologie: Theoretische Modelle*. (4. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schläpfer, Ruth. (1988). Psychiatrische Klinik Münsingen / Sozialdienst – Unterricht mit Blockstudenten
- Schwarz, Gerhard. (1985). *Die „Heilige Ordnung“ der Männer. Patriarchalische Hierarchie und Gruppendynamik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Thalmann, Rolf. (1983). [über 1982] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken*.
- Walther-Büel, Hans. (1955). [über 1954] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1956). [über 1955] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1957). [über 1956] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1958). [über 1957] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1959). [über 1958] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1960). [über 1959] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1961). [über 1960] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1962). [über 1961] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Walther-Büel, Hans. (1963). [über 1962] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Wyss, Rudolf. (1964). [über 1963] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Wyss, Rudolf. (1965). [über 1964] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Wyss, Rudolf. (1966). [über 1965] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.
- Wyss, Rudolf. (1967). [über 1966] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay*.

- Wyss, Rudolf. (1968). [über 1967] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Wyss, Rudolf. (1969). [über 1968] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Wyss, Rudolf. (1970). [über 1969] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay.*
- Wyss, Rudolf. (1971). [über 1970] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1972). [über 1971] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1973). [über 1972] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1974). [über 1973] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1975). [über 1974] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1976). [über 1975] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1977). [über 1976] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1978). [über 1977] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1979). [über 1978] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1980). [über 1979] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1981). [über 1980] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyss, Rudolf. (1982). [über 1981] *Jahresberichte der bernischen kantonalen Psychiatrischen Kliniken.*
- Wyssen-Kaufmann, Nina. (2005) *Geschichte der Sozialarbeit in der Waldau (UPD) - Symposium Gesichter der Sozialarbeit in der Psychiatrie gestern – heute – morgen, vom 13. Mai 2005 in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern.*

15. Online Quellenverzeichnis

Blattner, Andreas . Bernerzeitung. Aufgerufen von:

<http://www.bernerzeitung.ch/region/bern/PZM-eroeffnet-Kriseninterventionsstation/story/20889885>

Busse, Dietrich. 1987, *Historische Semantik*. Aufgerufen von [http://www.phil-fak.uni-](http://www.phil-fak.uni-duessel-)

[dorf.de/fileadmin/Redaktion/Institute/Germanistik/AbteilungI/Busse/Anmeldeformulare_Busse/Hist-Sem-9.pdf](http://www.phil-fak.uni-duessel-dorf.de/fileadmin/Redaktion/Institute/Germanistik/AbteilungI/Busse/Anmeldeformulare_Busse/Hist-Sem-9.pdf), aufgerufen am 3.05.2015

Justiz-, Gemeinde-, und Kirchendirektion. (2013) *Fürsorgerische Unterbringung / Zwangsmassnahmen*. Aufgerufen von

http://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/erwachsenenschutz/fuersorgerische_unterbringung.html aufgerufen am 20.04.2015

Die Geschichte der Heimstätte Bärau. (n.d.) Aufgerufen von <http://www.heimstaette-baerau.ch/de/unternehmen/geschichte/>, aufgerufen am 3.04.2015

Duden. (2013) *Etablieren*. Bibliographisches Institut GmbH. Aufgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Etablierung>, aufgerufen am 30.04.2015

Duden. (2013) *Integration*. Bibliographisches Institut GmbH. Aufgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Integration>, aufgerufen am 30.04.2015,

Duden. (2013) *Internieren*. Bibliographisches Institut GmbH. Aufgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/internieren>, 2013, aufgerufen am 13.04.2015

Schmitter, Leena. (2012) *Abtreibung in der Schweiz: Frauenbewegung, Politik und Protest*. Aufgerufen von

http://www.hist.unibe.ch/content/e267/e6555/e8529/Schmitter,Projektbeschreibung,2012_ger.pdf aufgerufen am 20.03.2015.

Stuber, Manfred. (2014) *Broschüre – Massnahmenzentrum St. Johannsen*, aufgerufen von

www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreu-ung/vollzugseinrichtungen_erwachsene/massnahmenzentrumstjohannsen/vollzug.assetref/da

m/documets/POM/FB/de/Massnahmezentrum_St_Johannsen/Broschüre%20MSTJ.pdf aufgerufen am 1.05.2015.

Psychiatrische Klinik Münsingen. (1999) *Die Psychiatrische Klinik wird zum Psychiatriezentrum Münsingen PZM - Medienmitteilung*. Aufgerufen von <http://www.be.ch/web/kanton-mediencenter-mm-detail?id=3067> aufgerufen am 19.03.2015.

16. Anhang

16.1. Raster der Kategorien – Jahresberichte 1921-1970 [über 1920-1969]

Jahr: 1920

Patientenzahl: 801 (m395, w406)

Gesamtzahl der Verpflegten: 983

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer:

Umwelteinflüsse: Maul- und Klauensäuche

Betriebliche Änderungen:

Geschrieben wir von der Arbeit mit kranken ausserhalb der Anstalt in Familien. „Die Kranken werden von der Anstalt regelmässig besucht und, wenn dies aus diesem oder jenem Grund wünschenswert erscheinen sollte, in die Anstalt zurückverlegt, ohne dass weitere Formalitäten notwendig wären. Sie werden auch in der Familienpflege als Anstaltspfleglinge betrachtet. In den letzten Jahren ist der Bestand der Familienpflege leider fast auf die Hälfte ihres einstigen Höchstbestandes zurückgegangen.“ (Brauchli, 1920, S.21)

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

Jahr: 1921

Patientenzahl: 834(m399, w435)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1019

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

Jahr: 1922

Patientenzahl: 844 (m409, w435)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1026

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer:

Umwelteinflüsse: Kropfkrankheit, welche Patienten und Personal befällt. Die Anstalt überlegt sich, einen Antrag zur Bekämpfung mit Jodsalz an die Regierung zu stellen

Das Problem eines Platzmangels wird beschrieben, welches seit Jahren in den kantonalen Anstalten zu verzeichnen sei: „Über die Platzverhältnisse in unserer und in den kantonalen Anstalten überhaupt, ist nichts neues zu sagen. Wir haben dieses Thema in den 25 Jahren, da wir im bernischen Staatsdienste stehen, schon in allen möglichen Tonarten und Variationen gefunden. Es scheint aber eine Musik zu sein, welche nicht gerne gehört wird. Wir wollen heute deshalb darauf auch nicht weiter eingehen, und nur bemerken, dass wir so viel wie möglich Mühe geben, die Anstalt, sei es durch Versetzung von ruhigen Elementen in Armenanstalten, sei es durch Platzierung in Privatpflege zu entlasten, um so für frische Kranke Platz zu gewinnen.“ (Brauchli, 1923, S.23)

Dieser Umstand sei jedoch schwierig, da sich Armenanstalten hüten würden, Kranke aus der Irrenanstalt aufzunehmen und die Kosten bei einer Privatpflege höher wären als bei der Anstaltspflege und die Differenz daher von Privaten übernommen werden müsse. (Brauchli, 1923, S.22).

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

Jahr: 1923

Patientenzahl: 856 (m411, w445)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1036

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse: Im Bericht wird beschrieben, dass beim männlichen Personal eine kleine Fluktuation zu erkennen sei, da diese verheiratet sind und ihre Arbeit vermehrt als Lebensstelle ansehen würden, während sich Frauen verheiratet und aus diesem Grund aus der Anstalt aussteigen. (Brauchli, 1924)

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst: In Familienpflege befanden sich zum Jahresabschluss 8 Männer und 25 Frauen

Jahr: 1924

Patientenzahl: 870 (m417, w453)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1081

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

In Familienpflege befanden sich zu Jahresabschluss 11 Männer und 23 Frauen

Jahr: 1925

Patientenzahl: 878 (m416, w462)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1105

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse: „Vermehrte Aufmerksamkeit wurde der Familienpflege zuteil, welche während der Kriegsjahre verschiedener Umstände halber zurückgegangen war. Es liegt immer eine ganze Reihe von Begehren für Aufnahme, namentlich von Frauen in häusliche Pflege, vor. Leider können wir diesen Gesuchen zum kleinsten Teil entsprechen, da Frauen, welche sich für diese Art der Verpflegung eignen, immer nur in kleiner Zahl vorhanden sind. Selbstverständlich können nur ruhige Elemente in Frage kommen und gewöhnlich wird von den Gesuchstellern der Wunsch ausgesprochen, man möchte ihnen Kranke zur Verfügung stellen, die noch etwas arbeiten, die etwa mit der Aufsicht von Kindern und Ähnlichem vertraut werden können. Seltener sind die Anmeldungen von Pflegeorten, wo reine Pflegefälle aufgenommen werden.“ (Brauchli, 1926, S. 24)

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

In Familienpflege befanden sich zu Jahresabschluss 14 Männer und 27 Frauen

Jahr: 1926

Patientenzahl: 888 (m433, w455)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1119

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse: Erstmals wird ein Suizid erwähnt. Der Patient hatte sich der Aufsicht der Wärter entzogen und ist unter einen Güterzug gesprungen. (Brauchli, 1927)

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

In Familienpflege befanden sich zu Jahresabschluss 21 Männer und 25 Frauen.

Jahr: 1927

Patientenzahl: 917 (m228, w469)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1201

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Umwelteinflüsse: 3 Suizide
Betriebliche Änderungen
Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:
Auf Jahresabschluss befanden sich 30 Männer und 24 Frauen in Familienpflege.

Jahr: 1928
Patientenzahl: 946 (m470, w476)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1235
Bettenzahl:
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Umwelteinflüsse: 2 Suizide
Betriebliche Änderungen: Erstmalige Nennung der Dementia praecox in Zusammenhang mit einem Suizid im Jahresbericht. (Brauchli, 1929)
Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:
Auf Jahresende befanden sich 27 Männer und 23 Frauen in Familienpflege.

Jahr: 1929
Patientenzahl: 961 (m474, w487)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1252
Bettenzahl:
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Umwelteinflüsse: 2 Suizide
Betriebliche Änderungen: „Die Zahl der in Privatpflege untergebrachten Kranken ist im Berichtsjahre unbedeutend gestiegen. Wir suchen, diese Institution so viel wie möglich zu fördern. Es ist aber nicht immer leicht, da Kranke, die sich für diese Versorgungsart am ehesten eignen würden, von den zahlungspflichtigen Behörden der geringeren Kosten wegen lieber in Armenanstalten untergebracht werden.“ (Brauchli, 1930, S. 20)
„Auf Anregung des Unterzeichneten hat eine Studienkommission im September holländische und deutsche Anstalten besucht, um die von Dir. Simon in Gütersloh propagierte aktivere Beschäftigungstherapie in Anstalten kennen zu lernen, wo sie seit Jahren konsequent durchgeführt wird. Die Studienkommission war erstaunt zu sehen, mit welcher Beharrlichkeit und Konsequenz, insbesondere aber mit welchem Erfolg die manchmal recht schwierige Aufgabe in den Anstalten, die besucht worden sind, durchgeführt wird. Es ist erstaunlich, welche Ruhe in diesen Anstalten herrscht, wie geordnet sich fast alle Kranken benehmen, so dass man ruhige und unruhige Abteilungen, welche alle mit Bildern und Blumen freundlich ausgestattet sind, kaum voneinander unterscheiden kann. Bäder und Isolierung von Kranken sind auf ein Minimum beschränkt.“ (Brauchli, 1930, S. 21)
Bald nach der Rückkehr wurden denn auch die ersten Versuche unternommen, die „neue Therapie“ in der Anstalt durchzuführen. Sie haben uns befriedigt und zur Überzeugung gebracht, dass sich die Sache auch bei uns wird machen lassen.“ Dies würde nach dem Bericht des Direktors jedoch noch Jahre dauern. Dafür seien auch eine Erhöhung des Personals von Nöten und bauliche Veränderungen müssten vorgenommen werden. (Brauchli, 1930, S. 23)
Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:
Zum Jahresabschluss befanden sich 26 Männer und 26 Frauen in Familienpflege

Jahr: 1930
Patientenzahl: 973 (m487, w486)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1278
Bettenzahl:
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen: „Im grossen und ganzen sind die Erfahrungen, die wir mit der Familienpflege machen, recht erfreuliche; leider nicht immer, wie es folgender Fall beweist: Einer unserer Pfleglinge, der etwas schwerhörig war, wurde von einem Auto angefahren und getötet. Der Besitzer des Autos verlangte darauf von der Anstalt Entschädigung für Beschädigungen, die das Auto erlitten hatte, für Zeitverlust, die ihm aus den richterlichen Einvernahmen erwachsen waren usw.“ (Brauchli, 1930, S. 24)

„Die „aktivere Arbeitstherapie“, von der im letzten Jahresbericht die Rede war, wurde weiter ausgebaut. Die Kranken benehmen sich ruhiger benehmen sich geordneter als früher.
Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:
Auf Jahresabschluss befanden sich 35 Männer und 31 Frauen in Familienpflege.

Jahr: 1931

Patientenzahl: 1002 (m508, w494)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1288

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen: „Die bisherigen Erfahrungen mit der aktiveren Therapie sind ausgezeichnet. Nicht nur sind alle Abteilungen ausnahmslos ruhiger geworden, und hat sich der ganze Aspekt der Anstalt verändert, wir haben den bestimmten Eindruck, dass in vielen Fällen auch beim einzelnen Kranken durch die neue Methode, deutliche Besserungen eingetreten sind. Dabei verhehlen wir und keineswegs, dass es noch vieler Anstrengung bedarf, um das seinerzeit gesteckte Ziel zu erreichen. Leider sind unsere Bestrebungen zum weiteren Ausbau der aktiveren Therapie gehemmt worden durch einen im Laufe des Berichtjahres ergangenen Beschluss des Regierungsrates, der dahin geht, dass zur Zeit auf eine Verkürzung des Arbeitszeit des Pflegepersonals, wie sie von den Anstaltsdirektoren und der Aufsichtskommission vorgeschlagen worden sind, aus finanziellen Gründen nicht eingetreten werden könne; und doch wäre eine Reduktion der Arbeitszeit des Personals dringend notwendig, da es durch die neue Behandlungsmethode erheblich stärker in Anspruch genommen wird als früher.“ (Brauchli, 1932, S. 26)

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

Auf Jahresabschluss befanden sich in Familienpflege 46 Männer und 29 Frauen.

Jahr: 1932

Patientenzahl: 1017 (m519, w498)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1305

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

In Familienpflege befinden sich auf Jahresabschluss 43 Männer und 31 Frauen

Jahr: 1933

Patientenzahl: 1031 (m528, w503)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1256

Bettenzahl:

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Umwelteinflüsse:

Betriebliche Änderungen

Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:

In Familienpflege befanden sich auf Jahresabschluss 55 Männer und 29 Frauen.

Jahr: 1934

Patientenzahl: 1023 (m529, w494)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1223
Bettenzahl:
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Umwelteinflüsse: 1 Suizid
Betriebliche Änderungen
Sozialarbeiter/innen, Fürsorger/innen, Sozialdienst:
In Familienpflege befanden sich auf Jahresabschluss 59 Männer und 29 Frauen.

Jahr: 1935
Patientenzahl Ende Jahr: 1072 (m536,w536) 2 Suizide
Gesamtzahl der Verpflegten: 1276
Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:
Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:
Stellenprozent e Sozialdienst:
Therapeutische Veränderungen:
Öffentlichkeitsarbeit:
Gesellschaftliche Diskurse:
Politischer Diskurs:
Organisationsstruktur:
Umwelteinflüsse:
Sozialdienst / Fürsorger/Innen:
In Familienpflege: m72,w41

Jahr: 1936
Patientenzahl Ende Jahr: 1113 (m540, w575)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1346
Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:
Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:
Stellenprozent e Sozialdienst:
Therapeutische Veränderungen:
Öffentlichkeitsarbeit:
Gesellschaftliche Diskurse:
Politischer Diskurs:
Organisationsstruktur:
Umwelteinflüsse:
Sozialdienst / Fürsorger/Innen:
In Familienpflege: m65,w61

Jahr: 1937
Patientenzahl Ende Jahr: 1114 (m554,w560)
Gesamtzahl der Verpflegten: 1409
Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:
Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:
Stellenprozent e Sozialdienst:
Therapeutische Veränderungen: Die Aktivere Therapie wurden auch während dieser Zeit weiter geführt. Die Ergebnisse werden als gut bezeichnet, die Erfahrungen sind durchaus positiv. (Brauchli, 1938, S. 25)
Öffentlichkeitsarbeit:
Gesellschaftliche Diskurse:
Politischer Diskurs:
Organisationsstruktur: Herr Ulrich Brauchli wurde ist als Direktor abgetreten,
Umwelteinflüsse:
Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Jahr: 1938

Patientenzahl Ende Jahr: 1138 (m560,w578)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1409

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m61,w62

Jahr: 1939

Patientenzahl Ende Jahr: 1107 (m539,w568)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1438

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: „Die Modernisierungsarbeiten der Anstalt- zum grossen Teil mit eigenen Kräften ausgeführt- gingen in diesem Jahr von dem Grundgedanken aus, dass der erste Eindruck, den die Kranken und ihre Angehörigen beim Betreten der Anstalt empfangen, oft ausschlaggebend für ihre ganze weitere Einstellung zu allen ärztlichen und pflegerischen Bemühungen ist.“ „Im inneren des Hauptgebäudes handelte es sich darum, genügend Aufnahme-, Warte-, Besprechungs- und Untersuchungsräume zu schaffen, damit nicht, wie es bisher leider oft nicht zu umgehen war, aufzunehmende Kranke, Besucher und Handelsreisende zusammen in das kleine Wartezimmer gepfercht werden mussten.“ (Müller, 1940, S. 41)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m61,w61

Jahr: 1940

Patientenzahl Ende Jahr: 1107 (m529,w568)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1438

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: 4.131

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Dem weiteren Ausbau dieser Behandlungsformen, insbesondere der Insulin- und Elektroschocktherapie, wurde auch im vergangenen Jahre auf einer eigenen therapeutischen Abteilung durch speziell eingearbeitete Ärzte alle Aufmerksamkeit geschenkt.“ „... international anerkanntes Zentrum in der Durchführung der modernen körperlichen Behandlungen...“ (Müller, 1941, S. 42)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Die schon im letzten Jahresbericht erwähnten kriegsbedingten Schwierigkeiten und Einschränkungen haben unvermindert angehalten, ja sich teilweise noch verschärft.“ Rationierung von Lebensmitteln. (Müller, 1941, S. 43)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse: „In der Krankenbewegung hat die schon für 1939 angezeigte Vermehrung der Eintritte nicht nur angehalten, sondern eine sprunghafte Steigerung erhalten, so dass mit 372 Zugängen die bisher höchste Eintrittsziffer seit dem Bestehen der Anstalt weit überschritten wurde. Man wäre versucht, diese Zunahme der Aufnahmen mit den Zeitverhältnissen in Zusammenhang zu bringen; in der Tat wurde uns eine nicht kleine Zahl von Militärpatienten und französischen Internierten zugewiesen. Im Ganzen wäre es aber sicherlich falsch oder verfrüht, aus den vermehrten Zugängen auf eine gesteigerte seelische Erkrankungshäufigkeit infolge der psychischen Belastung durch die Kriegsverhältnisse zu schliessen. Wir erklären uns diese Erscheinung vielmehr aus dem wachsenden Vertrauen weiter Bevölkerungskreise in unsere Staatsanstalten, deren Aspekt durch Neuorganisation, bessere Ausbildung des Pflegepersonals, Einführung neuerer Heilmethoden usw. in der Tat ja auch ganz anders geworden ist als noch vor zehn Jahren. Damit in Zusammenhang steht auch die auffällige Zunahme der freiwilligen Eintritte von zum Teil leicht Kranken.“ (Müller, 1941, S. 50)

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: „Nachdem schon im Jahre 1939 die unentgeltliche Beratungsstelle für Gemüts- und Nervenranke in Interlaken durch uns übernommen wurde, kam neu dazu die entsprechende Institution der Stadt Thun, beide unter dem Patronat des bernischen Hilfsverein für Geistesranke. Die Sprechstunden werden vorläufig einmal im Monat durch einen unserer Oberärzte zusammen mit der Fürsorgeschwester betreut.“ (Müller, 1941, S. 51)

In Familienpflege: m52,w54

Jahr: 1941

Patientenzahl Ende Jahr: 1092 (m163,w767)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1530

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 4.174

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: „Es zeigt sich demnach, dass die ganze erhebliche Zunahme der Aufnahmen nicht, wie früher immer befürchtet wurde, zu einer Überfüllung der Anstalt, sondern im Gegenteil zu einer Entlastung und zu einer erhöhten Aufnahmefähigkeit führt. Wir verfügen heute durchschnittlich über eine weit grössere Zahl freier Betten als in früheren Jahrzehnten, wo man den Zugang ängstlich zu drosseln versuchte und trotzdem Jahr für Jahr sich einem anwachsenden Dauerbestand gegenüber sah.“ Als Faktoren wird die Zunahme leichter Fälle genannt, die therapeutische Einstellung der Ärzte, welche mit allen Mitteln, „ein Hängenbleiben des Patienten in der Anstalt verhindern“ wollen. (Müller, 1942, S.40)

Gesellschaftliche Diskurse: Zunahme der Begutachtungen hat angehalten.

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: „Ausserdem wurde vom Personalverband ein Sozialausschuss gegründet, der den Mitgliedern bei persönlichen und materiellen Schwierigkeiten zur Seite stehen soll und bereits eine recht fruchtbare Tätigkeit entwickelt hat.“ Der Sozialausschuss wurde veranlasst, weil die immer höher werden Lebenskosten Unmut beim Personal hervorgerufen habe. (Müller, 1942, S. 42)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m42,w56

Jahr: 1942

Patientenzahl Ende Jahr: 1096 (m528,w568)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1526

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 4.559

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: Durch Rationierung des Insulins konnte eine geringere Frequenz der Fälle festgestellt werden. „Die Elektroschocktherapie dagegen wird durch die Zeit-

umstände nicht berührt und findet dank ihrer besonderen Eignung für depressive Erkrankungen aller Art immer ausgedehntere Anwendung.“ (Müller, 1943, S. 49)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m44,w58

Jahr: 1943

Patientenzahl Ende Jahr: 1126 (m537,w589)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1580

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 4.951

Stellenprozent e Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m43,w59

Jahr:1944

Patientenzahl Ende Jahr: 1129 (m539,w590)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1691

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 5.080

Stellenprozent e Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m43,w56

Jahr: 1945

Patientenzahl Ende Jahr: 1155 (m552,w603)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1713

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 5.365

Stellenprozent e Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Da Münsingen eine der ersten Anstalten war, die ausserhalb der Ursprungsstätte Wien die Insulinbehandlung einführte und intensiv weiterentwickelte, galt die Anstalt von 1936 an als das Zentrum für diese neue Methode.“ (Müller, 1946, S. 37)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „...konnte die Anstalt mit 500 Krankenbetten eröffnet werden. Damals und noch auf Jahre hinaus galt Münsingen als die modernste Anstalt Europas und wurde von zahlreichen ausländischen Fachärzten besucht. Schon nach 20 Jahren hatte sich die Insassenzahl nahezu verdoppelt, ohne dass durch Erweiterungsbauten auch nur annä-

hernd entsprechend mehr Raum zur Verfügung gestellt worden wäre. ... Schwächen aufwies: Chronische Überfüllung, sinkende Aufnahmeziffern, woran auch manche Modernisierung, wie die Einrichtung von Wachsälen, die Einführung des elektrischen Lichtes, leichte Verkürzung der Arbeitszeit des Personals, kaum etwas änderten. ... Auf den Abteilungen wurden zusätzliche Werkstätten eingerichtet.“ (Müller, 1946, S. 39)

Politischer Diskurs: „Das Frühjahr 1945 brachte der Welt den ersehnten Frieden, einen Frieden freilich, der angesichts der grauenhaften Zerstörungen und des weiterbestehenden Chaos kein richtiges Aufatmen zuließ und sich auch für den Gang der Anstalt, abgesehen vom teilweisen Wegfall des Militärdienstes der Ärzte- kaum auswirkte.“ (Müller, 1946, S. 43)

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m45,w58

Jahr: 1946

Patientenzahl Ende Jahr: 1154 (m552,w602)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1788

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 5.36

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: „Am 1. Januar 1946 trat die von der Regierung bereits im Herbst 1945 beschlossene Arbeitszeitverkürzung für das männliche Pflegepersonal in Kraft unter Gewährung des vollen Externates an die verheirateten Pfleger. Die Reduktion der Arbeitszeit auf neun Stunden für Verheiratete und zehn Stunden für Ledige liess sich nur durchführen bei gleichzeitiger Einführung eines Schichtenbetriebes.“ Bedauerlich sei, dass die Arbeitszeitverkürzung für weibliches Personal noch nicht durchgeführt werden könne. (Müller, 1947, S. 48)

Organisationsstruktur: „Die schon in den letzten Jahresberichten mehrfach erwähnten Unzuverlässigkeiten in der gemeinsam Unterbring krimineller Begutachtungsfälle mit nichtkriminellen akuten Fällen auf der Aufnahmestation konnte im Verlaufe des Berichtsjahres einer Lösung näher gebracht werden. Die früher Aufnahmestation wird in Zukunft gänzlich der Unterbringung von Untersuchungsgefangenen und administrativ verwahrten geisteskranken Kriminellen dienen, eine Lösungen die wir im Interesse einer klaren Scheidung für zweckmässig halten,“ (Müller, 1947, S.48)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m52,w63

Jahr: 1947

Patientenzahl Ende Jahr: 1151 (m317,w606)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1773

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 6.94

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Neben der Durchführung der gewohnten und bereits eingebürgerten Behandlungsmethoden (Insulintherapie und Krampfbehandlung) wurde dank der Mithilfe der chirurgischen Klinik in Bern die moderne Gehirnoperation (Leukotomie) bei chronisch Geisteskranken eingeführt, und im Laufe des Jahres wurde uns von der Regierung in verdankenswerter Weise der Kredit bewilligt, um das notwendige chirurgische Instrumentarium anzuschaffen, so dass nun die Operation in der Anstalt selbst vorgenommen werden kann. Die Resultate des Eingriffs sind teilweise recht befriedigend, immerhin muss- namentlich gegenüber gewissen Presse-

meldungen- vor Illusion gewarnt werden. Dasselbe gilt für eine von uns aus Amerika übernommene medikamentöse Behandlung von Alkoholkranken. Auch hier befinden wir uns noch im Stadium der Erprobung, und in zahlreichen Fällen waren wir genötigt, dringliche Anfragen von Behörden, Fürsorgeorganisationen und von Privaten dahin zu beantworten, dass ein definitives Urteil über die Methode noch nicht möglich sei, dass man gut daran tue, vorläufig Zurückhaltung in ihrer Anempfehlung zu üben und uns Zeit lassen möge, um die nötigen Erfahrungen zu sammeln.“ (Müller, 1948, S.40)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m45,w60

Jahr: 1948

Patientenzahl Ende Jahr: 1137 (m545, w592)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1729

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages: 8.00

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Häufig waren wir genötigt, die Aufnahme von alterskranken Frauen auch in dringenden Fällen abzuweisen, weil neben der regulären auch unsere, zum Teil sogar in den Korridoren aufgestellten Not-Betten besetzt waren. Dieser Zustrom einer bestimmten Erkrankungsform mag einen Hinweis bilden auf die Gründe unserer Überfüllung: einmal die Überalterung der Bevölkerung, ferner der Platzmangel in den Spitälern und Asylen für Unheilbare, schliesslich aber auch der allgemeine Mangel an Arbeitskräften (namentlich auf dem Land), der dazu führt, dass Kranke, die man früher zu Hause gepflegt hätte, nun hospitalisiert werden müssen, bringen es mit sich, dass diese Kategorie von Patienten, die in der Regel bis zu ihrem Tode nicht mehr entlassen werden können, sich in Heil- und Pflegeanstalten ansammelt.“ (Max Müller, 1949, S.52)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m45,w60

Jahr: 1949

Patientenzahl Ende Jahr: 1146 (m545,w601)

Gesamtzahl der Verpflegten:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages: 8.453

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Daneben wurden auch die bisherigen Behandlungsmethoden von Psychosen weiter ausgebaut und neu eingeführt die Elektronarkosetherapie, ohne dass mit der letzteren bisher überzeugende Erfolge erzielt worden wären.“(Müller, 1949, S. 43)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Die Frequenz der Beratungsstellen in Thun und Interlaken ist gestiegen, und es konnten, einem Wunsche der Bevölkerung und der ansässigen Ärzte-

schaft folgend, neue Beratungsstellen in Meiringen und Zweisimmen eröffnet werden.“ (Müller, 1949, S. 41)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m36,w54

Jahr: 1950

Patientenzahl Ende Jahr: 1117 (m547,w570)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1991

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages: 10.292

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: „Wohl hat es die Eröffnung eines Neubaus für erregte weibliche Kranke in der Nervenheilstation Meiringen erlaubt, im Laufe des Jahres 50 Patientinnen dorthin überzuführen, was für kurze Zeit eine wohltuende Entlastung bedeutete; zu Ende der Berichtsperiode war aber der dadurch bedingte Platzgewinn schon längst durch Neuzugänge mehr als aufgeholt. Daneben fehlt es an Untersuchungszimmern, an Räumen für das ärztliche Sekretariat, für die Fürsorgerinnen, für den Unterricht des Lernpersonals...., lauter Mängel, denen im Laufe der nächsten Jahre unbedingt abgeholfen werden muss.“ (Müller, 1951, S.45)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m34,w54

Jahr: 1951

Patientenzahl Ende Jahr: 1153 (m563,w590)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1896

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 10,283

Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages:

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Mit zur Psychotherapie gehört neben der Arbeitstherapie auch die Ablenkung, Weckung und geistige Förderung der Kranken durch Unterhaltung und Darbietungen.“ (Müller, 1950, S. 49)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Aus der Tatsache, dass unsere Heil- und Pflegeanstalten nach wie vor überfüllt sind, wird gefordert, die mit so viel Optimismus eingeführten körperlichen Behandlungsformen hätten gänzlich versagt. Eine solche, im ersten Augenblick bestechende Überlegung erweist sich bei näherer Betrachtung als falsch. Es wird nämlich übersehen, dass die Bevölkerung ständig wächst, ohne dass die für Geisteskranke zur Verfügung stehende Bettenzahl entsprechend erhöht wird.“ Max Müller 1952 (S.54)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: „Da die bisherige Fürsorgerin, die sowohl für den externen wie für den internen Dienst zu arbeiten hatte, überlastet war, wurde die Stelle einer zweiten Fürsorgerin bewilligt und mit Fräulein Erna Läderach besetzt. Damit ist nun eine saubere Trennung möglich, indem die eine Fürsorgerin ganz der Anstalt, die andere zur Hauptsache dem externen Dienst zur Verfügung stehen kann.“ (Müller, 1952, S. 49)

In Familienpflege: m30,w53

Jahr: 1952

Patientenzahl Ende Jahr: 1173 (m573,w600)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1957

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages: 10.385

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m36,w53

Jahr: 1953

Patientenzahl Ende Jahr: 1133 (m555,w578)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1975

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 10,728

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „In der Behandlung der Kranken wurden neben der Weiterführung der altbewährten Methoden mancherlei Neuerungen eingeführt. Ein besonderes Gewicht lag auf dem Versuch, die moderne Gruppentherapie weiter auszubauen, sowohl durch die Schaffung einer besonders günstigen Heilatmosphäre durch Förderung des Kontaktes innerhalb einzelner Gruppen von Kranken mit gemeinsamer Unterhaltung gemeinsamen Spaziergängen usw., die durch die von den Ärzten geleiteten kollektiven Aussprachen. Einzelne geeignete Fälle von Schizophrenie wurden der aktiven Psychotherapie nach Rosen unterworfen.“ (Müller, 1954, S. 51)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m36,w49

Jahr: 1945

Patientenzahl Ende Jahr: 1089 (m526,w563)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1935

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 11,094

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „In der Krankenbehandlung wurde hinsichtlich Indikation zu körperlichen und psychotherapeutischen Massnahmen weitestgehende Individualisierung mit Berücksichtigung der Einstellung des Kranken, Vermeidung von Zwangsmassnahmen und weitere Förderung der Arbeitstherapie angestrebt. Neben der bisherigen Schlaf-, Insulin- und Elektroschockkuren und den seit einem Jahre eingeführten Largactibehandlungen wurde in ausgedehntem Masse das neue Mittel der Ciba Serpasil ausprobiert, das uns von der Firma in dankenswerter Weise und in beträchtlicher Menge zur Verfügung gestellt wurde und mit welchem wir ähnlich wie andere Heilanstalten, sehr beachtliche Erfolge erzielt haben, so dass das Medikament sich seinen Platz gesichert hat. Seine Anwendung besonders bei un-

ruhigen und schwierigen Chronisch-kranken hat viel dazu beigetragen, dass die Fixation und Dauerbäder, auf welche bei einzelnen kranken der unruhigsten Abteilungen früher nicht hatte verzichtet werden können, bis auf sporadische Ausnahmen abgeschafft werden konnten.“ Gleichzeitig sei es auf den unruhigeren Abteilungen ruhiger geworden. (Walther-Büel, 1955, S.48)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: Einige der Abteilungen seien alltagstauglich hergerichtet, jedoch fehle es aus finanziellen Gründen in verschiedenen Abteilungen an Bauten, bauliche Mängel sind ersichtlich und müssten nun dringendst genehmigt werden. „Diese baulichen Desiderata aufzeigend, wollen wir uns Behörden und Volk für alles bisherige Verständnis und Geleistete dankbar erweisen und doch die Gewissheit aussprechen, es werde auch den neuen Aufgaben wohlwollende Aufmerksamkeit entgegengebracht werden, und zwar nicht im Sturmschritt, aber in stetem, bedächtigen Lauf eine schrittweise Verwirklichung der dargelegten Anliegen zu Stande kommen. An Verständnis fehlt es nicht, wie sich der Unterzeichnende bei verschiedenen Besuchen von Kommissionen oder Behördenmitgliedern stets wieder überzeugen konnte.“ (Walther-Büel, 1956, S.48)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m33,w41

Jahr: 1955

Patientenzahl Ende Jahr: 1077 (m535,w542)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1742

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 11,566

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „An körperlichen Kuren haben wir weiterhin die Insulin-Schlaf- und –Krampfbehandlung gepflegt, daneben aber in ausgiebiger Weise Kuren mit den neuen Beruhigungsmitteln Largactil und Serpasil durchgeführt, von deren Einführung in die Psychiatrie man durchaus sagen kann, dass sie das Gepräge mancher Krankenstation völlig gewandelt und zuvor ruhige Abteilungen zu praktisch ruhigen gemacht haben. Es ist unzweifelhaft, dass diese neuen Medikamente den grössten praktischen Fortschritt der modernen Anstaltspsychiatrie darstellen, auch wenn oft nicht eine Heilung, sondern nur eine Symptombesserung herbeigeführt werden kann und lange, allenfalls dauernde Darreichung zur Erhaltung des Effektes erforderlich sind. Durch häusliche Behandlung mit diesen Medikamenten lassen sich zweifellos gelegentlich Hospitalisierungen vermeiden. Endlich trugen diese Mittel sehr zur weiteren Einschränkung der Leukotomie bei, die wir nur noch an ganz vereinzelt Kranken, die auch auf diese Mittel nicht reagierten, vornehmen liessen.“ (Müller, 1956, S. 41)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m34,w42

Jahr: 1956

Patientenzahl Ende Jahr: 1103 (m536,w567)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1771

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 12,184

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „In den klinisch-psychiatrischen Behandlungsverfahren haben sich neben den klassisch gewordenen Methoden die neuroleptischen Medikamente einen sicheren Platz erobert. Im Übrigen ist die Pharmakotherapie mit ähnlichen Substanzen noch in vollem Fluss.“ „Neben der Tätigkeit des Aussendienstes erfuhr die poliklinische Arbeit der Anstalt mit Übernahme von Schwangerschaftsgutachten von der überlasteten Psychiatrischen Poliklinik in Bern eine namhafte Vermehrung. Von den 54 Begutachtungen haben wir in 25 Fällen die Unterbrechung, in 10 Fällen mit Sterilisation, bejaht, in 29 abgelehnt.“ (Walther-Bühl, 1957, S.43)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m30,w44

Jahr: 1957

Patientenzahl Ende Jahr: 1072 (m530,w542)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1842

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflegetages: Nach VESKA-Statistik 12,746

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Hinsichtlich medikamentöser Therapie haben wir an der klinischen Erprobung gewisser neuerer Wirkstoffe gearbeitet; ausser brauchbaren neuroleptischen Substanzen haben sich insbesondere neue Medikamente zur Behandlung von Depressionenzuständen als interessant erwiesen, so das Marsidil der Firma F.Hoffmann La Roche und ein Präparat der Firma Geigy in Basel.“ Die Insulinkur wurde stark eingeschränkt. (Walther-Büel, 1958, S.49)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: Einführung der 48Stunden Woche.

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: „Baulich gediehen die Projekte der Renovation der Männerabteilung 7 und der Erstellung eines Bettenaufzuges in der Frauenabteilung 4 soweit, dass der grosse Rat im Herbst über die entsprechenden Kredite verhandeln konnte. Kurz nach Jahresende hat das Bernervolk die Vorlage mit beträchtlichen Kostenaufwand von 1.4 Mio Franken gutgeheissen.“ (Walther-Büel, 1958, S.47)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m29,w37

Jahr: 1958

Patientenzahl Ende Jahr: 1089 (m537,w552)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1824

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflegetages: Nach VESKA-Statistik 134,207

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: Immer neue Medikamente überfluten den Markt, sodass man sich nicht mehr entscheiden und ordnen kann, was nun nützlich sei. „Jedenfalls bleibt zu wünschen, dass der Psychiater immer noch mehr Seelenarzt als Pharmakotherapeut sein soll, wie wichtig auch die noch jung und immer komplexer werdende zweite Funktion sei. (Walther-Büel, 1958, S.42)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:
Sozialdienst / Fürsorger/Innen:
In Familienpflege: m31,w44

Jahr: 1959

Patientenzahl Ende Jahr: 1060 (m531,w529)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1850

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: Nach VESKA-Statistik 13.467

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „In der Krankenbehandlung ist die breite Verwendung psychotroper Medikamente und die Erprobung stets neuer Verbindungen ein Zeichen der Zeit. Abgesehen von den Wirkungen an den Kranken tritt diese Tatsache auch budgetmässig in Erscheinung in stetem Anwachsen des Ausgabekontos für Medikamente.“ „...wurde der Milieuthherapie besondere Beachtung geschenkt.“ (Walther-Bühl, 1960, S. 53)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Das geflügelte Wort (Überalterung) deutet an sich eine Abweichung von einer Norm an. An dieser ist paradoxerweise die Medizin selber schuld. Es ist dies indessen nur ein Beispiel und vielen andern, wie medizinischer Fortschritt neue Krankheiten fördern oder sogar erzeugen kann. Nicht umsonst strebt die Geriatrie nicht in erster Linie Verlängerung des Lebens, sondern Gesunderhaltung in hohes Alter hinein an. Auch in der Psychiatrie ist die Beschäftigung mit den alten Kranken seit einigen Jahren in vollem Gange. Es werden mit Recht geriatrische Abteilungen gefordert.“ (Walther-Büel, 1960, S.49)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m31,w38

Jahr: 1960

Patientenzahl Ende Jahr: 1050 (m530,w520)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1800

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: Nach VESKA-Statistik 14,143

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m32,w35

Jahr: 1961

Patientenzahl Ende Jahr: 1075 (m544,w531)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1817

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: 14,189

Stellenprozentage Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: Öffnung der Anstalt, Verkehr mit Autos besser erschlossen, Besuche werden öfter gemacht, man hat mehr Platz, kann sich auf dem Areal „vertun“. (Walther-Büel, 1962, S45). „Mit Vorträgen in der Öffentlichkeit suchen Ärzte Verständnis für seelisch Kranke und die Anstalt zu wecken. Nicht selten sind Anstaltsbesuche interessierter Kreise und Ver-

eine.“ Alle diese Umstände tragen dazu bei, psychiatrische Anstalt und psychisch Kranke nicht mehr von der Umwelt zu isolieren, sondern in dieser einzugliedern. „Man geht viel mehr auf die einzelnen Kranken und auf die Mitwirkung der Angehörigen ein, letztere werden nicht selten mehr oder weniger mitbehandelt oder intensiv im Behandlungsplan eingespannt. Die freiere, auf Vertrauen aufbauende Betreuung seelisch Kranker erfordert viel mehr Einsatz und Bemühung als ein Regime von Zwang und Disziplin. Es stellen sich immer wieder Grenzprobleme, wo Freiheit in Zügellosigkeit überborden will und die Zügel gestrafft werden müssen.“ (Walther-Büel, 1962, S45).

Gesellschaftliche Diskurse: „Eine Grunderscheinung der heutigen Anstaltspsychiatrie, deren tiefer Wurzeln freilich mit der Befreiung der Irren von den Ketten und Humanisierung der Lebensbedingungen für die Kranken in den Anstalten in die Anfänge des 19.Jahrhunderts zurückreichen, die mit der klassisch gewordenen „aktiveren Krankenbehandlung“ durch systematische Arbeit einen mächtigen Impuls erfuh, die in den Ausbildungsbestrebungen für das Pflegepersonal in den letzten 40 Jahren eine immer differenziertere Grundlage fand und die im letzten Jahrzehnt im Zusammenhang mit der Entwicklung einer immer vielseitiger und komplizierteren, der inneren Medizin mehr und mehr gleichenden Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen wesentlich erleichtert und gefördert wurde, ist die Herstellung und Aufrechterhaltung eines regen Kontaktes der Anstalt und ihrer Kranken mit der Aussenwelt und den Angehörigen.“ (Walther-Büel, 1962, S.43).

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m31,w36

Jahr: 1962

Patientenzahl Ende Jahr: 1029 (m529,w500)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1855

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 16,397

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: Freiheitlichere Anstaltsführung wird proklamiert, indem Beispiele wie die zunehmende Freiwilligkeit von Begutachtungen aufgezeigt werden. (Walther-Büel, 1963, S.45).

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: „Einerseits unter dem Eindruck des Ärztemangels, im Wesentlichen aber auch einer andernorts schon seit Jahren gewonnenen Erfahrung folgend, beantragte der Direktor die Schaffung einer neuen Stelle eines Psychologen, der vor allem Testuntersuchungen vorzunehmen hat.“ (Walther-Büel, 1963, S.47)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: Ein Dank gebührt an dieser Stelle gerade auf dem Gebiet des Alkoholismus der unschätzbaren Hilfe und Arbeit der Fürsorger.“ „... Verschiebung vermehrter Aufnahmen und Früherkennung von Alkoholproblemen ist vor allem dem hingebungsvollen Einsatz der Fürsorger zuzuschreiben, die einen sehr regen Kontakt mit der Anstalt pflegen, für frühe Entlassung, Aufklärung und Behandlung eintreten, in der Gruppentherapie mitwirken und bei der Wiedereingliederung und Sanierung trunksuchtfördernder Milieus mit-helfen.“ (Büel, 1963, S.43).

In Familienpflege: m35,w32

Jahr: 1963

Patientenzahl Ende Jahr: 1030 (m208,w522)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1927

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: 17,313

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: „Bezüglich der therapeutischen Voraussetzungen ist jedoch im Übrigen eine Situation erreicht, die u.E. vom Staat als dem Träger der Irrenpflege nicht mehr verantwortet werden kann und vor der gesprochen werden muss, nicht als Verbitterung und Undank, sondern aus echter Sorge, die von zu wenigen geteilt wird.“ „Nun sind aber von unseren Kranken höchstens 10-15% für längere Zeit oder dauernd bettlägerig. Alle andern sollten irgendwo wohnen, essen, arbeiten, ihre Freizeit gestalten können, und zwar von einfachsten Voraussetzungen aus bis zu solchen, welche möglichst den Ansprüchen des gesunden Lebens entsprechen; sie sollen wieder Zutrauen zu ihren Mitmenschen finden, sich eingliedern lernen und erleben, dass die tätige Anteilnahme an der Gemeinschaft stärker und sicherer ist als einsame Angst und Wahn. Heute ist es so, dass es auf unseren Krankenstationen praktisch fast nirgends nötig ist, Arbeits- und Wohn-Essräume zu trennen, so dass alles in den gleichen Sälen sich abspielen muss, in welchen, je nach der Abteilung, während der Arbeitszeit 25-60, zu den anderen Zeiten noch viel mehr Menschen zusammengedrängt sind, ohne Möglichkeit, sich aus der Masse einmal zurückzuziehen, einen Augenblick der Stille finden oder auch nur etwas von seinen persönlichen Habseligkeiten in einem individuellen zugeteilten, nur einem selber zugänglichen Behältnis unterbringen zu können.“ Es wird davon gesprochen, dass ausgerechnet wurde, wieviel Platz ein Kranker auf der Abteilung zur Verfügung hat und kam auf das Resultat von 2,4m². (Walther-Büel, 1963, S.53)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Die Patientenaufnahme haben im Berichtsjahr einen noch nie erlebten Höchststand erlebt, Trotzdem blieb die Anstalt- abgesehen von den Anmeldungen Alterskranker und idiotischer Kinder, denen nicht restlos entsprochen werden konnte-, immer aufnahmefähig. Angesichts der vielen chronischen Fällen darf diese grosse Kapazität füglich hervorgehoben werden, ist sie doch ein Zeichen dafür, dass man pflegerisch und medizinisch mit dem Fortschritt geht und dass die therapeutischen Bemühungen Erfolg haben,“ (Walther-Büel, 1964, S.46)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: Problematik bei der Einstellung von Ärzten und weiblichen Pflegepersonal.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m35,w25

Jahr: 1964 (Der Jahresbericht ist in äussert schlechtem Zustand)

Patientenzahl Ende Jahr: 1029 (m512,w517)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1940

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen: es wird davon gesprochen, eine Satellitenanstalt zu Gründen, mit 300 Betten, eingeteilt in Abteilungen von 24-36 Betten. Auch wird von Sozialen Räumlichkeiten wie Café, Laden, Begegnungszentrum gesprochen. (Wyss, 1965)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m35,w21

Jahr: 1965

Patientenzahl Ende Jahr: 1009 (m509,w500)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1935

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflegetages: Nach Veska-Statistik: 21.37

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: „Als hervorstechende Erinnerung an das abgelaufene Jahr sind die mehrmals und in verschiedenen Variationen in der Öffentlichkeit erschienen Kritiken an den baulichen Zuständen und Einrichtungen in den bernischen Heilanstalten zu erwähnen.“ (Wyss 1966, S.49)

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: „Im Berichtsjahr hat sich für die Verantwortlichen der bernischen psychiatrischen Krankenpflege der Himmel, der vorher einige Lichtblicke bot, beängstigend verdüstert: Der Staat geriet in Folge der allenthalben wachsenden Bedürfnisse in finanzielle Bedrängnis. Wir fürchten, dass die psychiatrischen Spitäler in der nun zu erstellenden Rangfolge der Dringlichkeit „unter ferner liefen“ eingereiht bleiben werden; gleichzeitig hoffen wir, der Gesundheitsdirektion, welche die Nöte klar erkannt hat, werde das Unmögliche gelingen, nämlich den Staat Bern in dieser Hinsicht aus dem Bereich der Unterentwicklung hinauszuführen.“ (Wyss, 1966, S.43)

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m33,w22

Jahr: 1966

Patientenzahl Ende Jahr: 970 (m497,w473)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1936

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflegetages: Nach VEsa Statistik 22.44

Stellenprozente Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: über die Umstrukturierung und die angestrebte geringere Bettenzahl: „Damit ist auch die Behauptung widerlegt, unsere Anstalten könnten wegen ihrer Grösse überhaupt nicht leistungsfähig sein; sie wären allerdings noch leistungsfähiger, wenn sie neben mehr Raum auch mehr Ärzte, Pflegepersonal, Beschäftigungs- und Bewegungstherapien hätten. Dass es vor allem auf den letzten Faktor, die ärztlich-pflegerisch tätigen Menschen ankommt, und nicht auf die absolute Grösse des Spitals, zeigt folgender Vergleich: In den hervorragend geführten kleinsten kantonalen Heilanstalt in der Schweiz mit 300 Betten, die im Verhältnis zur Bettenzahl einen Drittel mehr Kranke aufzunehmen vermag als Münsingen, trifft es auf einen Arzt 43 Krankenbetten und jährlich 54 neueintretende Patienten, in einer ausserkantonalen psychiatrischen Universitätsklinik mit 560 Betten, die anteilmässig noch viel mehr Neueintritte zu bewältigen vermag, 18 Betten und 51 Eintritte; in Münsingen entfallen aber auf einen im Spital tätigen Arzt 78 Krankenbetten und fast 70 Neuaufnahmen. Trotzdem können wir jedes Bett, das nicht durch chronische Patienten besetzt ist, sondern rotierend für Neueintritte frei wird, mit 4,7 Patienten pro Jahr belegen im Gegensatz zu der kleineren Anstalt, die es auf 4,2 Belegungen bringt. Es gelingt uns auch, 40% der frischeintretenden Patienten innerhalb des ersten Monates, 70% innerhalb der ersten drei Monate geheilt oder gebessert zu entlassen. Dass dies unter den gegebenen Verhältnissen nicht mit 44- Stunden- und Fünftagewoche zu erreichen ist, dürfte klar sein, ebenso, dass wir wesentlich mehr leisten könnten, wenn man uns personell besser ausstatten würde.“ Ein Schlagwort dagegen sei die Sanktionierung. Diese sei jedoch weitgehend umgesetzt. (Wyss, 1967, S. 53)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m27,w21

Jahr: 1967

Patientenzahl Ende Jahr: 935 (m481,w454)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1778

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: Nach Veska-Statistik 24.41

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Man rechnet ja im allgemeinen mit einem langsamen Rückgang des Bedarfes an psychiatrischen Spitalbetten im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, wobei man sich vorstellt, dass vor allem auch dezentralisierte andere Einrichtungen wie geschützte Werkstätten, Polikliniken, Tages- und Nachtheime und anderes mehr geschaffen werden müssten, welche die sozialen Kontakte der Patienten nicht so radikal unterbrechen würde, wie dies der Eintritt in das meist auch abseits liegende psychiatrische Spital mit sich bringt. Sollte die Entwicklung in Zukunft eindeutig so verlaufen, wie sich bei uns im Berichtsjahr angekündigt hat, so müsste dies auf die psychiatrische Spitalplanung erhebliche Auswirkungen haben.“ (Wyss, 1968, S.48)

Politischer Diskurs: „Am 1. Januar 1967 trat die neue Verordnung über die Kostgelder in den bernischen Heil- und Pflegeanstalten in Kraft, die einerseits wohl eine spürbare Erhöhung der Kostgelder Einnahmen brachte, andererseits durch den Entschluss der Medikamente etc., einen Ausfall auf verschiedenen Einnahmekonten zur Folge hatte.“ (Wyss, 1968, S.44)

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m26,w21

Jahr: 1968

Patientenzahl Ende Jahr: 933 (m458,w475)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1799

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 8431545.95

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: 26.99

Stellenprozent Sozialdienst:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: „Das Parlament hat einen Kredit für die Renovation und Erweiterung der Männerabteilung 4 genehmigt. Dadurch werden fehlende Aufenthaltsräume geschaffen, geschützte Werkstätten...“ (Wyss, 1969, S. 51)

Organisationsstruktur: Zahl der Schwestern hat einen neuen Tiefstand erreicht.

Umwelteinflüsse: „Im Berichtsjahr ist eine erhebliche Unruhe um unseren Gutsbetrieb entstanden, vor allem wegen der Frage nach seiner Wirtschaftlichkeit. Wir verstehen weder die Fragestellung noch die Aufregung so recht. Abgesehen davon, dass er rentiert, muss doch wohl in erster Linie gefragt werden, ob er eine vernünftige und sinnvolle Aufgabe im Rahmen des psychiatrischen Spitals- zum Beispiel bei der Arbeitstherapie- habe: Dieses Problem studieren wir sehr ernst.“ (Wyss, 1969, S. 49)

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

In Familienpflege: m28,w20

Jahr: 1969

Patientenzahl Ende Jahr: 885 (m442,w442)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1734

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 10465959.35

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Stellenprozentage Sozialdienst:
Therapeutische Veränderungen:
Öffentlichkeitsarbeit:
Gesellschaftliche Diskurse:
Politischer Diskurs:
Organisationsstruktur:
Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

„Pensioniert wurde nach 20jähriger Tätigkeit auch die Fürsorgerin Ruth Mützenberg. Mit nie erlahmendem Tatendrang und grösster Sachkenntnis hat sie die Fürsorge innerhalb und vor allem ausserhalb der Klinik vorangetrieben und wurde so für uns alle zum fürsorgerischen Gewissen und für unzählige Hilfesuchende zur verständnisvollen Beraterin und Betreuerin.“ (Wyss, 1970, S. 53)

In Familienpflege: m31,w24

16.2. Raster der Kategorien – Jahresberichte 1971-1991 [über 1970-1990]

Anfang der 1970er Jahren wurden die meisten Patienten als schizophren oder depressiv diagnostiziert. Die Diagnose „Psychopatische Trunksucht“ nahm zu wobei die Diagnose „Psychopatische Entwicklung“ abnahm (Jahresbericht, 1970, S. 41ff; Jahresbericht, 1971, S.39ff; Jahresbericht, 1972, S. 37ff).

1973 wurde in Münsingen das Klassifikationssystem EDV eingeführt. Die Diagnose Schizophrenie war anschliessend mit Abstand die meist gestellte. Alkoholismus, affektive Psychosen und Persönlichkeitsstörungen wurden ebenfalls in vielen Patienten diagnostiziert. (Jahresbericht, 1973)

Jahr: 1970

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Nicht nur Handwerker und Firmen im Auftrag des Hochbauamtes waren an der Renovation der Klinik beteiligt, sondern auch Pflegepersonal und Patienten. (Gurtner, 1970)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes:

Jahr: 1971

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: Die Psychiatrische Klinik Münsingen hat im Sommer 1971 eine Minigolfanlage eröffnet. Diese sei völlig frei zugänglich gewesen und bereits von tausenden Besucherinnen und Besucher genutzt worden. Dabei hätten sich die Besuchenden und ihre Kinder unter die Patienten gemischt. „Wir glauben, so ein vorzügliches Mittel zur Verbesserung der Beziehung zur Öffentlichkeit geschaffen zu haben.“ (Wyss, 1971, S. 44)

Bereits 1971 wird beschrieben, dass die Personalbestände kritischer als je zuvor seien, insbesondere fehle es an Pflegepersonal. Die Zahl der Klinikeintritte ist 1971 erneut angestiegen. (Wyss, 1971)

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: Psychisch Kranke würden gegenüber Kranken mit somatischen Leiden durch die Krankenkasse diskriminiert. Diese sei im Jahre 1971 noch nicht lange durch gesetzliche Bestimmungen dazu verpflichtet gewesen auch für psychisch Kranke Leistungen zu erbringen. Trotz dieser gesetzlichen Regelung würden Patienten, die in der psychiatrischen Klinik hospitalisiert sind nur den halben versicherten Betrag, den sie als „Spitalzusatz“ einzahlen, erhalten. (Wyss, 1971, S. 43)

Es wird beschreiben, wie wichtig Wohnheime und geschützte Werkstätten ausserhalb der Klinik für die soziale und berufliche Wiedereingliederung von chronisch psychisch Kranken seien. Die Invalidenversicherung würde solche Einrichtungen in nennenswertem Masse subventionieren. Obwohl Mitarbeitende der Psychiatrischen Klinik Münsingen ein geeignetes Objekt an günstiger Lage entdeckt hatten und im Vorhaben dieses, zur sozialen und beruflichen Integration der Patienten, zu kaufen durch die Gesundheitsdirektion unterstützt wurden, hat die Finanzdirektion das Geschäft abgelehnt.

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: „Zum Ende des Berichtjahres lebten in dem vor 75 Jahren für 500 Kranke erstellten Gebäudekomplex etwa 880 Patienten.“ (Wyss, 1971, S. 44)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: 1971 war Herr Ernst Christen 25 Jahre lang, sprich seit 1946 als Fürsorger in der PKM angestellt gewesen.

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: 1971 wurden 702 „Besprechungen mit Begleitpersonen, Angehörigen, Vormündern, Lehrern usw. und auswärtige Besprechungen sowie Besuche der Fürsorgerin“ durchgeführt. (Jahresbericht, 1971, S. 42) Leider ist aus den Statistiken nicht klar zu entnehmen, welche Vertreter der verschiedenen Disziplinen in welcher Quantität an diesen Gesprächen beteiligt waren.

Im Jahresbericht werden extrahospitale Aufgaben, wie Nachbetreuung, Gruppentherapie mit entlassenen Alkoholikern, Psycho- und Soziotherapie, Psychohygiene und -prophylaxe, Untersuchungen für die Invalidenversicherung, Erziehungsberatung, Schulreifeabklärung, Legastheniebehandlung bei Kindern beschreiben. Diese seien einerseits durch Psychologen und Ärzte, andererseits durch Fürsorgerinnen geleistet worden.

Jahr: 1972

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:

Therapeutische Veränderungen: „Wir möchten (...) die Behandlung bestimmter Depressionen durch Schlafentzug erwähnen, eine äusserst einfache, sicher unschädliche und vor allem wirksame Therapie: Es handelt sich darum, depressive Patienten während einer einzigen Nacht strikte wachzuhalten; die in der Regel am folgenden Tag nachweisbare Besserung oder Heilung kann dann mit antidepressiven Medikamenten gefördert oder gesichert werden.“ (Wyss, 1972, S. 41f)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: Auch im Jahr 1972 nahm die Zahl der Patientenaufnahmen zu.

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Auch 1972 ist beschrieben, wie Patienten bei den handwerklichen Arbeiten am Klinikbau mitarbeiten. (Wyss, 1972)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes:

Jahr: 1973

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:

Therapeutische Veränderungen: „Hochinteressant sind die Erfahrungen mit den 58 grossenteils schwerst chronischen betreuungsbedürftigen Patienten in dem prächtigen Neubau der Bärau: Nach etlichen Anlaufschwierigkeiten entwickeln sich diese Kranken unter den so viel besseren Lebensbedingungen der Bärau in einem völlig offenen Haus in nie geahntem Ausmass zu einer selbständigen, unter sich hilfsbereiten Gruppe, von der neun auswärts in einer geschützten Werkstatt gute Arbeit und einen entsprechenden Lohn verdienen. Wir haben eh und je darauf hingewiesen, dass Chronifizierung und Hospitalismus in veralteten und überfüllten Psychiatrisp itälern fast zwangsläufig einen Teil der Kranken befallen müssen -, hier ist der Beweis mit umgekehrten Vorzeichen mit Händen zu greifen.“ (Wyss, 1973, S. 39)

Öffentlichkeitsarbeit: Die Psychiatrie Klinik Münsingen hat auch im Jahr 1973 ihre Türen für interessierte Personen und Gruppen geöffnet. Im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit und als Versuch Vorurteile abzubauen konnten die Besucher verschiedene Abteilungen der Psychiatrie besichtigen. Die Kranken seien rechtzeitig informiert worden, damit sie sich zurückziehen konnten. (Wyss, 1973)

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: Im Jahr 1973 hat die ausserparlamentarische Kommission Morand ihren Bericht über die Psychiatrieplanung im Kanton Bern fertiggestellt. Zudem sei mit grossem Mehr ein neues Spitalgesetz durchs Berner Volk angenommen worden. Der Steuerzehntel, der im neuen Spitalgesetz vorgesehen ist, sollte hoffentlich auch der Modernisierung der Psychiatrischen Klinik zugutekommen. „Wenn es gelingt, planmässig die Regionalisierung voranzutreiben und eine lückenlose regionale Zusammenarbeit zwischen extrahospitalen und den klinischen Dienstleistungen zu schaffen, wird die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung wesentlich verbessert werden.“ (Wyss, 1973, S. 38)

Organisationsstruktur:
Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:
Stellenprozente Sozialdienst:
Auftrag des Sozialdienstes:

Jahr: 1974

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:
Austritte:
Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:
Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages:

Therapeutische Veränderungen:
Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: In der Chronik des Berichtjahres 1974 wird beschrieben, dass die Klinik eine ständige Verarbeitung neuer Erkenntnisse, die Aktivierung und die Demokratisierung der Institution anstrebt. Dieses Streben stelle hohe Anforderungen an das Personal und belaste jedoch auch immer wieder die Beziehung zur Umwelt. „(...) manchmal braucht es aber nur wenig und die Meinung schlägt kollektiv um und es werden unverständliche Einengungen verlangt. Dies gilt vor allem gegenüber verhaltensgestörten Jugendlichen, die ja immer wieder die Möglichkeit der Bewährung auch vor sich selbst erhalten müssen, was nicht selten zum Scheitern führt, gleich wie bei Süchtigen und Alkoholikern“ (Wyss, 1974, S. 41) Seit den 1950er Jahren werde durch die Klinik eine sogenannte „Ferienkolonie“ in der Lenk jeweils den ganzen Sommer über organisiert. (Wyss, 1974, S. 41) Im Jahr 1974 ist ein Patient in der Lenk spurlos verschwunden und konnte trotz grossangelegter Suchaktion nicht wiedergefunden werden. „So traurig ein solches Vorkommnis für alle Beteiligten ist, so muss man sich doch klar sein, dass derartige Risiken zur Freiheit gehören, und dass ohne sie unendlich viel Lebensfreude und gesundheitsfördernde soziale Kontakte, welche hunderte von Kranken in der Lenk gefunden haben, unmöglich wären.“ (Wyss, 1974, S. 41)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: Die Zahl der ambulanten Konsultationen erreichte im Jahr 1974 beinahe die Grenze der 10'000. Diese Zahl setze sich aus schulpyschologischen Untersuchungen und Beratungen, aus Nachbehandlungen von entlassenen Patienten, aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsultationen für Spitäler oder Ärzte sowie aus Einsätzen in psychiatrischen Notfällen in Institutionen, Dörfern oder Familien zusammen. In der Chronik wurde dieser Bereich des Tätigkeitsfeldes der Klinik hervorgehoben, um aufzuzeigen, dass die PKM nicht in der „Abgeschlossenheit hinter hohen Mauern“ agiere.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:
Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: 1974 wird der Sozialdienst in der Psychiatrischen Klinik Münsingen zum ersten Mal im Jahresbericht erwähnt. Verena Dürrenmatt beschreibt, dass 61 Patienten, die sich im Jahr 1974 in der Familienpflege befinden und durch die Angestellten des Sozialdienstes betreut werden. Insgesamt seien dem Sozialdienst 304 Patienten gemeldet worden. Verena Dürrenmatt beschreibt, dass der Sozialdienst sich auffallend oft mit „verwahrlosten, verhaltensgestörten jungen Mädchen“ befasse. (Dürrenmatt, 1974, S. 40) Diese Patientinnen hätten noch nie Kontakt mit der Jugendbehörde gehabt.

Der Auftrag des Sozialdienstes sei es 1974 vermehrt geworden, chronisch Kranke in private Pensionen, Pflege- oder Altersheime um zu platzieren.

Der hauptsächliche Auftrag des Sozialdienstes sei es gewesen die Entlassung der hospitalisierten Patienten vorzubereiten. Insbesondere durch den wirtschaftlichen Konjunkturrückgang sei es schwieriger geworden passende Arbeitsstellen zu finden. Ebenfalls hätten einige sogenannte „Nachtpatienten“ ihre Anstellung in Folge der schlechten wirtschaftlichen Lage verloren. (Dürrenmatt, 1974, S. 40)

Entlassene Patienten zu betreuen sei von der Kapazität vom Sozialdienst her kaum möglich, jedoch ein grosses Bedürfnis gewesen, dem nur in Einzelfällen gerecht werden können. (Dürrenmatt, 1974)

„Unsere Aufgaben in der Klinik sind nach wie vor vielfältig – unser Hauptanliegen besteht darin, eine offene und gute Zusammenarbeit mit Pflegepersonal und Ärzten im Interesse des Patienten zu fördern.“ (Dürrenmatt, 1974, S. 41)

Jahr: 1975

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:

Therapeutische Veränderungen: „Klinische psychiatrische Therapie geschieht (...) in erster Linie durch das Pflegepersonal, das mit dem Kraken zusammen lebt und so die Welt gestaltet, die dem ‚Ver-Rückten‘ ermöglicht, wieder in das Gemeinsame zurückzufinden. (...) Je differenzierter und individueller und damit personalaufwendiger sie ist, desto wirksamer wird sie; wenn so aber der Spitalaufenthalt verkürzt und die Rückfälle hintangehalten werden können, wird die Therapie gesamtwirtschaftlich trotzdem immer deutlicher zu Buche schlagen müssen.“ (Wyss, 1975, S. 41)

Im Jahr 1975 sei ein Reizstromgerät für die Poliklinik angeschafft worden.

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: In der Chronik des Jahres 1975 wird ein drastischer, unhaltbarer Mangel an Pflegepersonal deutlich. „Im Jahr 1974 waren in Münsingen 24% weniger Schwestern und Pfleger tätig als 1954, die Zahl der Patientenaufnahmen nahm im gleichen Zeitraum aber um 33% zu.“ (Wyss, 1975, S. 41) (Die Gesamtzahl der hospitalisierten Patienten im Verlauf des jeweiligen Jahres blieb jedoch ungefähr gleich gross)

Bereits 1975 wird im Bericht beschrieben, dass ein Departement für den Bereich der Gerontopsychiatrie geschaffen werden wird. Den diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Belangen der Alterskranken sollte so besser gerecht werden können.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozent Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Die Ausführungen von Verena Dürrenmatt, Brigitta Roth und Hanni Studer im Jahresbericht wurden unter folgendem Titel verfasst: „Sozialarbeit in der Klinik in Zeiten der Rezession – wie versteht sie sich?“ (Dürrenmatt et al., 1975, S. 40) Der Aufwand an Zeit um mit dem Patienten eine Stelle zu finden sei enorm angewachsen. Trotzdem entspricht das Selbstbild der Sozialarbeitenden nicht dem scheinbar von aussen auf sie projizierten Bild als „Stellenvermittler“. (Dürrenmatt et al., 1975, S. 40) Das Selbstverständnis des Auftrages des Sozialdienstes ist es eine Hilfestellung auf dem Weg von der Klinik zurück ins gesellschaftliche beziehungsweise berufliche Leben.

„In diesem Sinne pflegen wir Kontakt mit den Angehörigen – mit dem Ziele, Verständnis für den psychisch Kranken und eventuelle Kooperation zu wecken, dann auch Kontakte mit den verschiedensten öffentlichen und privaten Fürsorge- und Beratungsstellen, bei denen wir vermehrte Bereitschaft zur Zusammenarbeit feststellen konnten.“ (Dürrenmatt et al., 1975, S. 40) Ebenfalls sei der direkte Kontakt mit Arbeitgebern zentral, um möglichst viele Arbeitsplätze während einem Klinikaufenthalt aufrechterhalten zu können.

Die Probleme der Patienten sind vielschichtig. Der Sozialdienst setzt sich mit Arbeits- und Berufsproblemen, mit der Thematik der Wiedereingliederung, auch in Zusammenarbeit mit der IV, mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, mit Ehe- und Familienschwierigkeiten sowie mit Verwahrlosung bei Jugendlichen auseinander.

1975 hätten zum ersten Mal Patienten mit einer Rente, jedoch ohne Arbeit oder genügende Beschäftigung aus der Klinik entlassen werden müssen. In diesem Zusammenhang beklagten die Sozialarbeitenden den Mangel an sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie Day-Center, Patientenklubs oder Wohnheimen.

Jahr: 1976

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: Dürrenmatt et al. stellten 1976 die These auf, dass die Öffentlichkeit eine aufgeschlosseneren Haltung gegenüber sozialen Problemen und Fragen habe.

„Die Ablehnung, auf welche Psychischkranke noch immer stossen, ist für die Betroffenen oft ein Tiefschlag, eine Entmutigung, ‚draussen‘ den Anschluss wieder zu suchen.“ (Dürrenmatt et al. 1976, S. 44)

„Es gibt eben bisher, trotz aller ideologischer Behauptungen, noch keine tauglichen Alternativen, um die Hospitalisation in allen Fällen zu vermeiden.“ (Wyss, 1976, S. 44) Somit habe

die Psychiatrie eben doch ihre Legitimation und eine radikale Verkleinerung oder gar Abschaffung der Psychiatrischen Kliniken sei nicht zu denken.

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozentage Sozialdienst: 1976 waren nur drei Sozialarbeiterinnen in der Psychiatrischen Klinik angestellt. Dies obwohl das Bedürfnis an Beratungen im Zuständigkeitsbereich der drei Frauen zugenommen hätte. (Dürrenmatt et al. 1976)

Auftrag des Sozialdienstes: Verena Dürrenmatt, Hanni Studer und Margrit Häberli beschrieben 1976, dass die Betreuung der 338 Patienten unterschiedlich zeitintensiv war. Einerseits gab es Patienten, mit denen die Sozialarbeiterinnen nur zwei- bis dreimal in Kontakt standen. Bei diesen Kurzkontakten ging es meist darum „finanzielle Hilfe zu organisieren oder zu leisten, ein Gesuch zu stellen, Unterkunft zu suchen oder mit Ämtern, Gerichten, Behörden und Vormündern zu verhandeln“. (Dürrenmatt et al. 1976, S. 43) Bei den längerfristigen Kontakten war das Ziel meist die Patienten vorzubereiten auf eine Vormundschaft, einen Heimeintritt oder eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung. Bei dieser Form der Abklärung ging es darum „mit einem Patienten zusammen dessen Lebenssituation vollständiger zu erfassen, nach Veränderungsmöglichkeiten zu suchen, gemeinsam erreichbare Ziele zu erarbeiten“. (Dürrenmatt et al. 1976, S. 43)

„Früher waren es meist Ärzte, Schwestern, Pfleger oder Behörden, die den Sozialdienst ersuchten, bei einer Entlassung mitzuhelfen. Vergangenes Jahr wandten sich vermehrt Patienten mit ihren Anliegen direkt an uns.“ (Dürrenmatt et al. 1976, S. 44)

Die 1976 nach wie vor schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt und die Stellensuche mit austretenden Patienten, bedeuten einen grossen Arbeitsaufwand für die Sozialarbeitenden.

Jahr: 1977

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Das Grundsätzliche ist, auch wenn es immer wieder ideologisch kritisiert und angegriffen wird, dem Einsichtigen wohl klar und darf auf jeden Fall nicht nur gegenideologisch verteidigt werden. Wir wissen nämlich, dass in der Psychiatrie, die es ja mit dem Menschen und nicht einem naturwissenschaftlich-technisch zu bewältigenden ‚Objekt‘ zu tun hat, jeder, der sich des Menschen um sicher selbst willen annimmt immer ein Stück weit auf seine Weise recht hat. Kritik und Angriff sind deshalb, auch wenn sie als Heilslehre nicht mehr wissenschaftlich diskutiert, sondern nur noch geglaubt werden könne, ernst und als Anlass zur kritischen Besinnung zu nehmen. Dies mag manchmal mühsam sein, namentlich wenn die Ideologie uns in der Person sympathischer junger Mitarbeiter oder namentlich Studenten, begegnen (...).“ (Wyss, 1977, S. 42)

Politischer Diskurs: Im Jahresbericht 1977 beschreibt der Klinikdirektor Wyss, das neue Psychiatriekonzept des Kantons Bern. Bei der Umsetzung des Konzeptes geht es darum die psychiatrische Hilfe in die Regionen und Gemeinden hinaus zu dezentralisieren. Die Psychiatrische Klinik Münsingen und ihre weitgehend sozialpsychiatrische Tätigkeit unterstützend diesen Beschluss, warten jedoch davor die Sozialpsychiatrie „zum Heilserbringer für alles und jedes machen zu wollen“. (Wyss, 1977, S. 43)

Organisationsstruktur:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes:

Die Zahl der, durch den Sozialdienst, betreuten Patienten stieg wiederum leicht an und lag bei 352 Patienten. Ein grosser Teil, der Arbeit der drei Sozialarbeiterinnen, galt den Akutpatienten beziehungsweise der Planung ihres Austrittes. Aber auch die Betreuung von Langzeitpatienten war ein wichtiger Auftrag der Sozialarbeiterinnen. Teilweise sei es darum eine Verlegung in ein Alters- oder Pflegeheim zu organisieren sowie um die Auseinandersetzung der damit verbundenen Ängste und Unsicherheiten. Immer wieder hätten Langzeitpatienten den Weg aus der Klinik angestrebt. Die Sozialarbeiterinnen hätten in diesem Zusammenhang Hilfe bei der Stellensuche angeboten, jedoch teilweise auch unrealistische Wünsche korrigieren müssen. Aus dieser Schwierigkeit abgeleitet, hätte die Familienpflege wieder an Bedeutung gewonnen. Familien hätten diesbezüglich direkte Anfragen bei der Psychiatrischen Klinik Münsingen getätigt. „Wir machen die Erfahrung, dass der psychisch Kranke in einer guten Pflegefamilie die Geborgenheit erfährt, die ihn befähigen kann, wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.“ (Dürrenmatt, Studer & Häberli, 1977, S. 42)

Fallbelastung heute im Sozialdienst? Damals über ein Jahr lang bei 115 Patienten pro Sozialarbeiterin, ohne über die Arbeitspensen Bescheid zu wissen.

Jahr: 1978

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pfliegetages:

Therapeutische Veränderungen: Im Jahresbericht 1978 wurde beschrieben, dass verschiedene Formen der Gruppentherapie aufgebaut wurden. Insbesondere in der Arbeit mit Behinderten seien auch musische Behandlungsformen sowie Spieltherapie eingeführt worden. (Wyss, 1978)

Ebenfalls wurde beschreiben, dass ein Wachsaaal in drei Schlafräume unterteilt wurde. (Gurtner, 1978)

Öffentlichkeitsarbeit: „Ein Wort sei einmal gesagt, über die Bemühungen, die Vorurteile gegenüber der Institution psychiatrische Klinik in der Öffentlichkeit abzubauen: Fast wöchentlich führen wir interessierte Gruppen, Behörden, Konfirmanden, Vereinigungen aller Art durch die Klinik, wobei immer auch ein leitender Arzt Rede und Antwort steht; dankbar sind wir unseren Patienten welche die Notwendigkeit dieser Besuche einsehen und sie kooperative unterstützen.“ (Wyss, 1978, S. 44)

Gesellschaftliche Diskurse: Der Klinikdirektor, Dr. Rudolf Wyss stellte 1978 fest, dass immer mehr Alkoholranke in der Klinik hospitalisiert worden seien. Dies alleine beweise jedoch nicht eine allgemeine Zunahme von Alkoholismus. Eher bestünde ein Zusammenhang zu der

vorherrschenden Rezession, bei der Personen mit Alkoholproblemen als erstes ihre Stelle verloren hätten. Klar sei für Rudolf Wyss jedoch schon lange gewesen, dass Alkoholranke eher in das Netz sozialer und medizinischer Massnahmen geraten, wenn sie oder ihre Familie durch ihre Krankheit fürsorgebedürftig werden oder „ihre Umwelt besonders empfindlich stören“. (Wyss, 1978, S. 43) Wogegen der Alkoholismus bei Menschen aus ökonomisch besser gestellten Kreisen kaum wahrgenommen wurde.

Durch die Rezession seien auch die Wiedereingliederungschancen nach erfolgreicher Rehabilitation relativ gering gewesen.

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur: Ruedi Feiss, der Pfarrer des Pfarramtes der Psychiatrischen Klinik, beschrieb 1978 dass er seine Tätigkeit als aufsuchend verstehe, ihm aber wichtig sei, dass die Patienten diese Besuche annehmen oder abweisen können. Es sei ihm ein Anliegen gewesen, dass die Freiheit und Persönlichkeit der Patienten insbesondere auch im religiösen Bereich respektiert wurde.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: 3 Sozialarbeiterinnen

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Die Sozialarbeitenden beschreiben, dass der Sozialdienst im PKM in den Jahren vor 1978 personell aufgestockt wurde. Dadurch hätten die drei Sozialarbeiterinnen ihren Auftrag besser erfüllen, ihre Arbeit frühzeitiger planen sowie individueller auf die Patienten abstimmen können. Die Sozialarbeiterinnen versuchten eine tragfähige Beziehung zu den einzelnen Patienten aufzubauen, um anschliessend gemeinsam eine Lösung zu finden, die den Bedürfnissen der Patienten gerecht wurde. Bei den Akutpatienten ging es vordergründig um die Organisation des Klinikaustrittes. Die Betreuung der Langzeitpatienten wurde von den Sozialarbeiterinnen aber ebenfalls hoch gewichtet. Ging es bei diesen Patienten auch um einen Klinikaustritt, so war der Versuch die Patienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren, sehr zeitaufwendig. Immer noch hätte es in diesem Zusammenhang deutlich zu wenige Plätze in geeigneten Wohnheimen, Familien oder Pensionen gegeben.

Im Selbstverständnis der Sozialarbeiterinnen hatte die sozialpsychiatrische Arbeit ein hohes Gewicht. „In unzähligen Gesprächen mit Angehörigen der Patienten, Behörden und Institutionen knüpften wir Kontakte nach aussen und leisteten so unseren Beitrag, Verständnis für unsere psychisch Kranken zu wecken und Vorurteile abzubauen.“ (Dürrenmatt, 1977, S. 42)

Jahr: 1979

Patientenzahl Ende Jahr:

Gesamtzahl der Verpflegten:

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages:

Therapeutische Veränderungen: Immer noch sei die Behandlung von psychiatrischen Alterskranken eine grosse Schwierigkeit. Die Psychiatrische Klinik verfüge nämlich nicht über genügend Betten, um die älteren Kranken aufzunehmen. Der Klinikdirektor, Dr. Rudolf Wyss forderte darum die Gesundheitsdirektion auf, die überzähligen Akutbetten in den Allgemeinspitälern zu belegen. „Es müsste allerdings dann auch in dem Sinne ein Umdenken erfolgen, als erkannt wird, die Pflege Alterskranker sei keine mindere Sache.“ (Wyss, 1979, S. 56)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: „Aus unserer Überzeugung hat auch der Staat keinen Grund mehr, sich zu schämen, auch nicht darüber, dass eben doch noch 600 Patienten in einer seiner psychiatrischen Kliniken sein werden. Es ist ein durch keinerlei Tatsachen belegtes ideologisches Vorurteil, ausgerechnet im Bereich der psychischen Erkrankungen sei die Hospitalisierung in jedem Falle vermeidbar oder gar schädlich, und eine psychiatrische Klinik könne nur dann ‚gut‘ sein, wenn sie nicht mehr als 300 Kranke zu betreuen habe.“ (Wyss, 1979, S. 45)

Politischer Diskurs: Die Gesundheitsdirektion entschied sich 1979 dafür die Klinik auf 600 Betten zu redimensionieren. 1895 wurde die Psychiatrische Klinik Münsingen ursprünglich für 500 Kranke errichtet. In den 1940er Jahren gab es Zeiten in denen über 1100 Patienten Ende Jahr in der Klinik hospitalisiert waren. (siehe Statistiken) Die Forderungen der Gesundheitsdirektion seien durchaus umsetzbar, so der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss weiter. Ende Jahr 1979 seien nämlich nur noch 655 Patienten in der Klinik hospitalisiert gewesen. Die Patienten in der Familienpflege wurden in dieser Rechnung daher nicht mitgezählt. Durch die Reduktion des Bettenbestandes sowie durch die, Ende der 1970er Jahre anstehenden, weiteren Umbau- und Renovationsarbeiten könne die Lebensqualität der Patienten erheblich gesteigert werden. (Wyss, 1979)

Die Eintrittsrate über das ganze Jahr verteilt, blieb jedoch relativ unverändert hoch. Dies führte beim geringen Bettenbestand dazu, dass die Austritte massiv anstiegen. (Siehe Statistik) Da die Mitorganisation dieser Austritte in den Zuständigkeitsbereich der Sozialarbeitenden führte, ist nachvollziehbar warum die sich die Zahl der Angestellten des Sozialdienstes in den kommenden 1980er Jahren verdoppelte. (Siehe Statistik)

Der Klinikdirektor relativiert die hohe Zahl an Austritten jedoch dahin gehend, dass zweidrittel der Patienten nicht mehr als 29 Tage in der Klinik hospitalisiert gewesen seien. Bei diesen Patienten seien die Beziehungen und Strukturen ausserhalb der Psychiatrischen Klinik noch vorhanden und der Bedarf an Rehabilitationen, beziehungsweise an extrahospitalen psychiatrischen Vorkehrungen sei bei diesen Patienten klein. Gleichzeitig räumt der Klinikdirektor 1979 ein, dass es einen Drehtüreffekt gäbe. Dieser meint, dass Patienten in unstabilem Zustand zu früh entlassen würden, um anschliessend gleich wieder aufgenommen werden zu müssen. (Wyss, 1979)

Organisationsstruktur: Durch die Gewissheit, die der Entscheid der Gesundheitsbehörde mit sich brachte, konnte die Klinikdirektion sich wieder vermehrt der inneren Strukturierung zuwenden. In einem so grossen Spital wie der Psychiatrischen Klinik Münsingen sei es zentral die richtigen Unterteilungen, Eigen- und Selbstständigkeiten zu schaffen, beziehungsweise Verantwortung abzugeben. Der Chefarzt könne nicht als Allwissender agieren. Es brauche einen Funktionswandel, eine „Demokratisierung“, so der Klinikdirektor. (Wyss, 1979, S. 54) Diese Demokratisierung schien jedoch auf die Ebene der ärztlichen Leitung begrenzt gewesen zu sein.

Umwelteinflüsse: Der Klinikdirektor hebt im Jahresbericht 1979 hervor, dass auch in Spitälern für vorwiegend körperlich Kranke chronische Patienten gibt, die immer wieder oder gar dauernd hospitalisiert werden müssen. Bei psychisch kranken Patienten würde sich aber im Unterschied zu den körperlich Kranken die Lebenserwartung nicht herabsetzen.

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: 4 Sozialarbeitende (3 Frauen und ein Mann)

Vgl. zur gleichen Zeit waren in der UPD Waldau bereits 9 Sozialarbeitende angestellt (2 von ihnen zu 50%)

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Durch das Herabsetzen der Bettenzahl wurde der Auftrag neue Lösungen für Langzeitpatienten zu suchen noch wichtiger und zeitaufwendiger. Die Familienpflege spielte in diesem Zusammenhang wiederum eine zentrale Rolle. (vgl. Statistik – Zunahme der Platzierungen der Familienpflege um 1980) Jedoch würden nur Familien aus ländlichen Gebieten ein Interesse anmelden.

Ebenfalls wurde durch die Sozialarbeitenden eine kleine Wohngemeinschaft in Thun für Langzeitpatienten gegründet. Finanziert wurde das Projekt über eine gemeinnützige Organisation (Rotary-Club), durch welche auch eine Teilzeitarbeit für die Patienten in der Wohngemeinschaft installiert wurde.

In den 1980er erhielten mit Abstand die meisten hospitalisierten Patienten in der Psychiatrischen Klinik Münsingen nach den Klassifikationssystemen EDV beziehungsweise im Laufe der Zeit ICD 9 die Diagnose einer Schizophrenen Psychose. Ebenfalls wurden oft die Diagnosen des Alkoholismus sowie die einer affektiven Psychose gestellt.

Jahr: 1980

Patientenzahl Ende Jahr: 629 Patienten und Patientinnen (m: 306/ w:323) / 642 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1695 Patientinnen und Patienten (m: 874/ w: 821)

Austritte: 958

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 26'481'102.50 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pfl egetages: 102.87 Franken

Therapeutische Veränderungen: „Nicht nur die Auffassung, wie die klinische Psychiatrie praktiziert werden soll, ist von Klinik zu Klinik recht unterschiedlich, auch als Wissenschaft in Bezug auf Ursachentheorie und Behandlung von psychischen Erkrankungen ist man u.E. zurzeit auffallend uneinig. Der Tradition unserer Klinik treu bleibend, folgen wir nicht kritiklos jedem Modetrend, sondern lassen uns weiterhin von der Devise leiten: Offensein für Neuerungen – Altbewährtes erhalten.“ (Bettler & Walther, 1980, S. 46)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Im Berichtsjahr 1980 hält der Mangel an diplomiertem Pflegepersonal unvermindert an „Seit einiger Zeit ist bei unserem Pflegepersonal eine steigende Veränderung nicht zu übersehen, weil uns auffallend viele schwierige, erregte und gewalttätige Patienten zugewiesen werden, die nach der vielzitierten Regionalisierung nicht zu uns gehörten und auch selber die Aufnahme in die zuständige Klinik gewünscht hatten.“ (Bettler & Walther, 1980, S. 47)

„(...) unsere Arbeit noch mit Personalbeständen leisten, die, gemessen an neuen bernischen Standards, als ungenügend zu bezeichnen sind. Wir hoffen aber sehr, der Staat werde es zu vermeiden wissen, in seinen Institutionen neben der reichen auch eine psychiatrische Armutsgesellschaft entstehen zu lassen.“ (Jahresbericht 1980, S. 50)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: 1980 waren 4 Sozialarbeitende in der Psychiatrischen Klinik Münsingen angestellt, 3 Frauen und ein Mann. Stellenprozente Sozialdienst.

Auftrag des Sozialdienstes: Der Auftrag des Sozialdienstes im PKM im Jahr 1980 war laut dem Jahresbericht die Unterstützung bei Versicherungsfrage, bei der Wohnungs- und Arbeitssuche sowie Platzierungen in Pensionen, Heimen oder Pflegefamilien. Einerseits sei dabei viel Zeit für die Beratung und Abklärung bei Patienten, die nach langem Klinikaufent-

halt eine Neuorientierung im Leben vornehmen, aufgewendet worden. Andererseits habe eine grosse Zahl an Besprechungen mit Angehörigen, Vormündern und Arbeitgebern stattgefunden, um die Umwelt in die Vorbereitungen des Klinikaustrittes vorzubereiten. Ebenfalls zu den Aufgabengebieten des Sozialdienstes gehörte die Betreuung und Begleitung einer neu gegründeten Wohngemeinschaft in Thun. Diese stand vier Langzeitpatienten der PKM nach Klinikaustritt als Übergang in ein wieder selbstverantwortliches Leben zur Verfügung. (Jahresbericht, 1980, S. 47)

Der Pfarrer Ruedi Feiss war 1980 als Seelsorger in der Psychiatrischen Klinik Münsingen angestellt gewesen. Ruedi Feiss hat Einzel- oder Gruppengespräche angeboten und hat so ein offenes Ohr für Fragen gehabt, ist Begegnungen eingegangen oder hat Ängste der Patienten ausgehalten. (Feiss, 1980, S. 49) Aus der Aussenperspektive scheint diese Tätigkeit nahe an sozialarbeiterischem Handeln.

Es wurden 14'652 ambulante Konsultationen durchgeführt, sowie 295 Gutachten verfasst.

Jahresbericht 1981

Patientenzahl Ende Jahr: 566 Patientinnen und Patienten (m: 269/ w: 297) / 624 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1567 (m:790 / w: 777)

Austritte: 905

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 27'716'180.45 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 13% auf 116.24 Franken

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: Im Jahre 1981 wurde der Klinikalltag, durch die am 1. Januar in Kraft tretende Verordnung zu den Gesetzesartikeln über den fürsorgerischen Freiheitsentzug, einer Veränderung unterzogen. Jedem Patienten, der in die Klinik eintrat wurden seine Rechte schriftlich ausgehändigt. Falls ein Patient oder eine Patientin sowie eine Person aus dem Umfeld die Wahrnehmung hat zu Unrecht nicht entlassen zu werden, so hätte er oder sie die Möglichkeit eine dafür eingerichtete Kammer des Bernischen Obergerichts zu kontaktieren, welche im Anschluss ein Urteil über die Entlassung verfügt oder ablehnt. Auch den Patienten, die bereits vor in Kraft treten der neuen Verordnung hospitalisiert waren, ist diese neue Recht nicht vorbehalten worden. Von den Langzeitpatienten hätten fünf von ihrem Recht, die Kammer des Bernischen Obergerichtes zu kontaktieren, wahrgenommen. „Bis auf einen lauteten die Urteile für alle auf Weiterführung der Hospitalisation; bei der einzigen Ausnahme musste das Gericht wegen eines früheren Formfehlers die Hospitalisierung aufheben, es schlug aber dem Patienten dessen Behandlungsbedürftigkeit auf der Hand lag, vor, doch freiwillig in der Klinik zubleiben, was er dann auch tat. Es wäre vielleicht gut, wenn die Leute, welche in psychiatrischen Kliniken nur Stätten willkürlicher Versenkung und Unterdrückung missliebiger Personen sehen, solches zur Kenntnis nähmen.“ (Wyss, 1981, S. 82) Der Klinikdirektor Dr. Rudolf Wyss beschreibt die Verordnung zum Gesetzesartikel über den fürsorgerischen Freiheitsentzug als im Vornherein vermutete Freiheitsberaubung und als peinliche Komplizierung, die gar Hospitalisierungen verhindert hätte. Dies hätte negative Folgen für die Betroffenen und ihre Umwelt verursachen können.

Organisationsstruktur: Die Personalfuktuation hat im Vergleich zum Vorjahr weiter zugenommen.

Dr. Rudolf Wyss beschreibt die Organisationsform in der Psychiatrischen Klinik Münsingen als unbürokratisch und dynamisch, gleichzeitig gäbe es im Team keine völlige Rollendiffusi-

on, sondern Kompetenzen und Zuständigkeiten seien erkannt und gerne übernommen worden.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: 1981 sind dieselben vier Sozialarbeitenden in der PKM angestellt. 3 Frauen und 1 Mann.

Stellenprozent Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Der Auftrag des Sozialdienstes veränderte sich zwischen 1980 und 1981 kaum, wurde jedoch im Jahresbericht 1981 detaillierter beschrieben. Der Sozialdienst wurde als Nahtstelle zwischen Aussenwelt und Klinik verstanden. Die Orientierung der Arbeit sei dabei stark nach aussen gerichtet gewesen, damit Wissen über Arbeitsstellen, Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten akkreditiert, aber auch damit Kontakte zu Privatpersonen, Versicherungen und Amtsstellen geschaffen werden konnten. Für ehemalige Patienten wurde der Klub 80 in Thun durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der PZM betrieben. Ziel des Klubs war es Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten zu schaffen für Personen mit psychischen Problemen. Die Sozialarbeitenden haben nämlich festgestellt, dass die Thematik der Einsamkeit den ehemaligen Patienten oft zu schaffen macht. Auf der anderen Seite sei aber auch die Teilhabe am Klinikleben zentral. Dadurch konnten für Langzeitpatienten Angebote geschaffen werden, um am Lebe „draussen“ teilzunehmen. Beispielsweise durch Arbeitsversuche, Ferienaufenthalte oder Kursbesuche.

Jahr: 1982

Patientenzahl Ende Jahr: 572 Patientinnen und Patienten (Bettenbestand: 631)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1497 (Keine Angaben zum Geschlecht der Patientinnen und Patienten vorhanden – Da Seite 94 & 95 in Kopie des Berichtes fehlen)

Austritte: 925

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 30'508'109.45 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich im gegenüber zum Vorjahr um 14,4% auf 133.01 Franken

Therapeutische Veränderungen: „Eine abseits stehende Fachdisziplin der Medizin war in einer Epoche des sozialreformerischen Umbruchs und des ‚Psychobooms‘ unversehens zum Experimentierfeld geworden, auf dem der psychisch Kranke als Objekt gesundheitspolitischer Planung eingesetzt und ins Streitgespräch psychiatrischer Antithesen geraten war.“ (Menzi, 1882, S. 87)

Dr. Rolf Thalmann beschreibt, dass die Flut moderner therapeutischer Konzepte die Gefahr mit sich bringt, dass die jungen Kollegen ihre eigenen Grenzen sowie die Möglichkeiten der Heilung überschätzten. (Thalmann, 1982)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: Im Jahre 1982 trat Dr. Rudolf Wyss nach zwanzig Jahren als Klinikdirektor in Münsingen in den Ruhestand. Dr. Rudolf Wyss habe in seiner Amtszeit mit Umwälzungen und Anfechtungen der Psychiatrie als Institution zu kämpfen gehabt. (Menzi, 1982)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Seit 1968 stehe die Psychiatrische Klinik Münsingen nun in einem Erneuerungsprozess, dessen grösste Eingriffe in die Bau- und Organisationsstruktur aber im Jahre 1882 noch bevor stehen. Durch den Renovationsprozess sei die Psychiatrische Klinik Münsingen im Vergleich mit anderen psychiatrischen Institutionen in Bezug auf ihr Organisationskonzept in Rückstand geraten.

Im Jahr 1882 stellte der Psychiatriedirektor eine erneute Zunahme sowohl der Patientenzahlen wie auch der Gutachten für externe Stellen. Dadurch sei die Klinik am äussersten Rand dessen angelangt, was vom vorhandenen Ärztetab noch zu bewältigen sei. Auch wirtschaftlich strukturelle Gegebenheiten hätten einen Einfluss auf die Arbeit in der Psychiatrie. Durch die Rezession und die Arbeitslosigkeit werde die Entlassung, Arbeitsbeschaffung und Rückgliederung der Patienten erschwert. „Es wird grosser Anstrengung und einer vermehrten Schaffung von geschützten Wohn- und Arbeitssituationen aller Art bedürfen, um dem verhängnisvollen Trend zur Zunahme des Patientenbestandes begegnen zu können.“ (Menzi, 1882, S. 88f) Bernhard Hauswirth, der Ökonom der PKM beschreibt, dass die Landwirtschaftsbetriebe durch Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitstrainings eine geschützte Umgebung für die Patienten sichern soll. Dies sei insbesondere in einer Zeit des allgemeinen Beschäftigungsrückganges wichtig. (Hauswirth, 1982)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: Im Berichtsjahr 1982 waren vier Sozialarbeitende angestellt. 3 Frauen und ein Mann.

Stellenprozentage Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: „So geht es mir darum, mit den Menschen hier unterwegs zu sein, mit ihnen über all das zu sprechen, worüber sie sich mir mitteilen möchten. So versuche ich sie zu begleiten, soweit sie das möchten und soweit ich das kann. Dabei geht es nicht darum, dass ich dem Patienten meine Antwort auf seine Fragen gebe. Es geht mir darum dass er seine eigene Antwort findet, seinen Standpunkt, seine Gefühle, seinen Weg – und dies alles in der Auseinandersetzung und Konfrontation mit Gott.“ (Feiss, 1982, S. 90) So beschreibt Ruedi Feiss, Pfarrer seinen Auftrag in der Psychiatrischen Klinik Münsingen. Abgesehen vom letzten Einschub würde sich, so die Annahme der Autorin und des Autors, eine Auftragsdefinition der Arbeit von Sozialarbeitenden wohl nur geringfügig unterscheiden. Im Jahr 1982 wurden 16'370 ambulante Konsultationen durchgeführt.

Jahresbericht 1983

Patientenzahl Ende Jahr: 524 Patientinnen und Patienten (m: 232/ w: 292) / 592 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1644 (m: 817/ w: 827)

Austritte: 1078

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 30'529'659.- Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 7 % auf 142.26 Franken

Therapeutische Veränderungen: Wiederholt tritt die Kritik auf den Plan, dass es zu wenige Angebote für gerontopsychiatrische Kranke gäbe. Die Psychiatrische Klinik Münsingen müsse Kranke abweisen. „(...) auch von uns als stossend empfunden und doch häufig unvermeidbar, um als Klinik für psychisch Kranke überleben zu können und nicht gewaltsam zu einem Alterspflegeheim umfunktioniert zu werden (...).“ (Menzi, 1983, S. 101)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse: Die Psychiatrische Klinik Münsingen hat im Jahr 1983 mit versuchter und vollendeter, mehrfacher Brandstiftung, mit einer Bombendrohung und mit Vandalismus zu kämpfen.

Politischer Diskurs: Für die Regionalisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung im Kanton Bern konnte, trotz vorgelegten, brauchbaren Vorschlägen der Planer, keine Entscheidung getroffen werden. Der Psychiatriedirektor von Münsingen, Dr. Waldemar Menzi beschrieb, dass ein klarer Versorgungsauftrag für ein festumrissenes Einzugsgebiet die Zuständigkeit klären würde und unnötige Verschiebungen von Patienten vom einen zu anderen Ende des Kantons vermeiden könnte.

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Den zunehmenden Aufnahmezahlen von Patienten sowie der steigenden Bürokratisierung durch die Gesetzgebung des fürsorglichen Freiheitsentzuges könne wegen des stagnierenden Personalbestandes nicht mehr wirksam begegnet werden, so Dr. Menzi weiter.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: Im Jahr 1983 waren sechs Sozialarbeitende angestellt. 3 Frauen und 3 Männer.

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Der Sozialdienst wird in diesem Bericht nicht namentlich erwähnt.

Es wurden 16'873 ambulante Konsultationen durchgeführt und 329 Gutachten verfasst.

Jahresbericht 1984

Patientenzahl Ende Jahr: 479 (m: 207/ w: 272) / 571 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 14489 (m: 716/ w: 773)

Austritte: 966

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 31'843'213.70 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 19,2 % auf 169.60 Franken

Therapeutische Veränderungen: Ein neueröffneter Budgetkredit wird ab 1984 für sozialtherapeutische Aktivitäten von ausschliesslich Langzeitpatienten eingesetzt. (Menzi, 1984)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftlicher Diskurs: Äusserst spannend betreffend dem gesellschaftlichen Diskurs und der Wahrnehmung der Institution Psychiatrie in der Öffentlichkeit war die Kontroverse zwischen der bernischen Psychiatrie und Strafjustiz im Jahre 1984. Von der Presse wurde die Diskussion aufgegriffen, um die Notwendigkeit und Wünschbarkeit einer eigens für psychisch auffällige Strafgefangene einzurichtende Abteilung in der Psychiatrischen Klinik Münsingen. Die Vertreter der bernischen Psychiatrie sahen in derartigen Institutionalisierung einen Rückschritt und eine Fehlentwicklung, „welche die Grenze zwischen Patient und Delinquent, zwischen Klinik und Gefängnis, zwischen psychiatrischer Therapie und Strafvollzug zu verwischen droht“. Gleichzeitig versicherte der Klinikdirektor, Dr. Waldemar Menzi, dass er sich der Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihren berechtigten Sicherheitsansprüchen bewusst sei und in Einzelfällen von psychisch kranken Straftätern zur Zusammenarbeit mit den Strafvollzugsbehörden bereit war und weiterhin sein wird. (Menzi, 1984, S. 95)

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Auf Grund der Renovationsarbeiten sei die Klinik Münsingen auf 500 Patienten und 70 leere Betten, die eine genügende Aufnahmekapazität und innere Mobilität sichern sollen, redimensioniert worden. Erst nachdem die Renovation abgeschlossen sei, werden 620 Betten zur Verfügung stehen. „Dementsprechend werden wir weiterhin gezwungen sein, die bisherige restriktive Aufnahme- und aktive Entlassungspolitik fortzusetzen und damit auch die Aufenthaltszeiten zu verkürzen.“ (Menzi, 1984, S. 93)

Das betriebswirtschaftliche Institut der Universität Bern habe Interesse an den Organisations- und Führungsstrukturen der „Unternehmung“ Klinik Münsingen gezeigt. Die Entwicklung in Richtung eines evolutionären Managements sei in Gang gekommen, ebenso wie die

Denkanstösse aus einem ganz anderen Fachgebiet zu bereitwilliger Aufnahme bei allen Beteiligten führte. (Menzi, 1984, S. 94)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen:

Stellenprozentage Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Der Sozialdienst wird im Jahresbericht 1984 nicht namentlich erwähnt.

Es wurden 15'072 ambulante Konsultationen durchgeführt und 347 Gutachten verfasst.

Jahr: 1985

Patientenzahl Ende Jahr: 485 (m: 209/ w: 276) / 551 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1466 (m: 716/ w: 750)

Austritte: 939

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 33'630'41890 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 9,2 % auf 185.25 Franken

Therapeutische Veränderungen: Dr. Menzi beschrieb 1985 ein verbreitetes Unbehagen „(...) über esoterische psychiatrische Argumentationsgebäude, in welche nur noch Zutritt hat, wem die Weihe spekulativer Konstrukte der Selbst- und Ich-Psychologie zuteil wurde. Derartige Entwicklungen führen die Psychiatrie noch mehr ins Abseits und verunmöglichen interdisziplinäre Kontakte.“ (Menzi, 1985, S. 92) „Sicher ist der vermehrte Einbezug der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes in den Behandlungsplan nicht unnützlich; hier wie andernorts ist aber missionarischer Enthusiasmus nicht am Platze, und ebenso verstiegen ist der Rückgriff auf die ins Kosmische ausgreifenden Systemtheorien. Verhaltenstherapeutische und unter ihnen auch die sogenannten kognitiven Therapieverfahren gewinnen an Gewicht und haben die vermehrte Integration von Psychologen ins medizinische Team zur Folge. Dass davon ein Gewinn auch für den behandlungsbedürftigen Patienten abfallen wird, bleibt wenigstens zu hoffen.“ (Menzi, 1985, S. 93)

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: Bereits in den Vorjahren wurde vom Klinikdirektor Dr. Menzi gefordert, dass die Zuständigkeit betreffend Aufnahme von stationären Patienten in den kantonbernerischen Psychiatrischen Kliniken klar geregelt wird. (vgl. Menzi, 1983) Im Jahr 1985 wurde durch die Kompetenzordnung jeder einzelnen Klinik eine festabgegrenzte Versorgungsregion zugeteilt. Diese neue Ordnung habe sich bestens bewährt, so der Klinikdirektor. (Menzi, 1985)

Die rechtliche Landschaft in der sich die Angestellten der Psychiatrie bewegten, sei 1985 bald so kompliziert gewesen, dass bald eigens für die Psychiatrische Klinik Münsingen ein Jurist angestellt werden müsse, beklagte sich Dr. Menzi.

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: 1985 waren 7 Sozialarbeitende im PKM angestellt. 4 Frauen und 3 Männer.
Stellenprozentage Sozialdienst: „Im Sozialdienst traten im Berichtsjahr nach einer längeren Phase der Stabilität drei Vakanzen auf. Im Zusammenhang mit der Neubesetzung der Stellen wurde dem Wunsch einzelner Mitarbeiterinnen nach Reduktion ihrer Beschäftigungsgrade entsprochen, womit eine zusätzliche 60prozentige Teilzeitstelle besetzt werden konnte.“ (Gurtner, 1985)

Auftrag des Sozialdienstes: Die noch immer gedämpfte Wirtschaftslage führte dazu, dass sich die Umsetzung des Auftrages des Sozialdienstes im Berichtsjahr 1985 schwierig gestaltete, da die Wiedereingliederung der Patienten in eine Arbeitsstruktur nur zähflüssig in Gang kommen konnte. Entlastung hätte womöglich eine neue externe Wohngemeinschaft für ehemalige Patienten bieten können. Da jedoch das Personal fehlte, um die Patienten auf diesen Schritt vorzubereiten, konnte diese Massnahme nicht umgesetzt werden. Ein weiterhin bestehender, wichtiger Bestandteil der klinischen Rehabilitationsbemühungen sei der freiwillige Besucherdienst. Dieser sei von der Sozialarbeiterin Ruth Mützenberg ins Leben gerufen worden und habe 1985 bereits über Jahrzehnte hinweg Bestand gehabt. (Menzi, 1985)

Es wurden 265 Gutachten erstellt.

Jahresbericht 1986

Patientenzahl Ende Jahr: 499 Patienten (m: 221/ w: 278) / 539 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1391 (m: 658/ w: 733)

Austritte: 851

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 34'145'108.40 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 5,1% auf 194.78 Franken

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Tatsache des Mangels an Pflegepersonal bestand auch im Jahr 1986 weiterhin.

Das Jahr 1986 war geprägt von organisatorischer Umstrukturierung in der Psychiatrischen Klinik Münsingen. Als Antwort auf den demografischen Wandel, beziehungsweise auf die zunehmende Konfrontation mit psychischen Alterskranken wurde eine geronto- und pschogeriatrische Abteilung eingeführt. Weiterhin existieren eine Akut-, eine Rehabilitations- und eine Langzeitabteilung, deren gegenseitige Durchlässigkeit jederzeit gewährleistet sein soll. Auch ausserhalb der Psychiatrischen Klinik kam es zu Umstrukturierungen. Auf Grund der Einführung vom Psychiatrischen Dienst in Interlaken wurde die ambulatorische Beratungsstelle in Matten bei Interlaken geschlossen. Weitere Schliessungen von Beratungsstellen des Aussendienstes der Psychiatrischen Klinik standen noch bevor, sobald die Psychiatrischen Dienste über die entsprechende Behandlungskapazität verfügen. Die Konsultationen für die Patienten werden nach dieser Umstrukturierung nicht mehr unentgeltlich sein. (Menzi, 1986)

Der Klinikdirektor, Dr. Waldemar Menzi stellte im Jahr 1986 einen Rückgang an Klinikeintritten fest. Dies habe verschiedene Gründe. Einerseits seinen destabilisierte Patienten, die häufig zwischen Aussenwelt und Klinik pendeln nicht mehr als reguläre Eintritte erfasst. Dadurch soll der administrative Aufwand möglichst gering gehalten werden und ebenfalls sei eine rasche Platzierungs- und Entlassungsmöglichkeit im Sinne dieser Patienten. Andererseits habe die Klinik aus Platzmangel 71 Patienten abweisen müssen. (Menzi, 1986)

Zudem stellte der Klinikdirektor in seinem Jahresbericht eine „negative Selektion“ fest. (Menzi, 1986, S. 102) In den Akutstationen sei eine vermehrte Ansammlung von schwierigsten Patienten zu verzeichnen, die wegen ihrer Gefährlichkeit mehr Betreuung bedürften. Grundsätzlich sei erfreulich, dass in den neuerrichteten Stützpunkten der Regionalspitäler vermehrt leichtere, vor allem depressive Erkrankte hospitalisiert und betreut werden können. Die Entwicklung habe aber einen Einfluss auf die eben erwähnte negative Selektion in der PKM. (Menzi, 1986)

Umwelteinflüsse: Mitte der 1980er Jahre kam auch im PKM die Problematik von Aids, beziehungsweise von HIV-positiven Patienten auf. Im Jahre 1986 wurde bei 100 Patienten aus einer – als solche definierte – Risikogruppe auf HIV getestet. 4 Patienten haben sich als HIV-positiv erwiesen. (Menzi, 1986)

Sozialdienst: Ende 1986 sind 7 Sozialarbeitende im PKM angestellt. Vier davon sind Männer, drei Frauen.

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Ein kurzes Kapitel des Jahresberichtes ist der Familienpflege gewidmet. Diese ist durch den Sozialdienst der PKM installiert worden und meint die Platzierung von Patienten in Pflegefamilien und Privatpensionen. Hier wird jedoch die Platzierung in Pflegefamilien vorgezogen, da diese eine individuellere Bereuung und bessere Anregung sowie Beschäftigung von Langzeitkranken darstelle als diese in Privatpensionen gewährleistet sei. Ebenfalls ist Veronika Dürrenmatt, Sozialarbeiterin namentlich im Bericht erwähnt, da sie nach fünfzehnjähriger Tätigkeit in der Psychiatrischen Klinik in den Ruhestand tritt. Ihr verdanke die Klinik wertvolle sozialpsychiatrische Impulse, so den Aufbau von Wohngemeinschaften, die Installierung des Patientenklubs in Thun, den Aufbau der klinikeigenen Familienpflege sowie die den Vorstand und die Mitbegründung in verschiedenen Vereinen, die sich für die Belange von behinderten Menschen einsetzt. (Menzi, 1986)

Im Jahr 1986 wurden 240 Gutachten erstellt. Es wurden 13'053 ambulante Konsultationen durchgeführt.

Jahresbericht 1987

Patientenzahl Ende Jahr: 475 Patientinnen und Patienten (m: 220/ w: 255) / 529 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1451 (m: 723/ w: 728)

Austritte: 936

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 35'012'389.80 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 4,1% auf 207.72 Franken

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Im Bericht des Jahres 1987 sind die Renovationsarbeiten ausführlich beschrieben. Sowohl Mitarbeitende, Patienten wie auch Besucher seien von diesen betroffen. Der Psychiatriedirektor, Dr. Waldemar Menzi beschreibt: „Lärmbelastung, Staub und Schmutz setzten auch den Patienten zu, nicht nur tagsüber, sondern auch nachts während durchgehender Schichtarbeiten. Die vom Personal unter solchen Verhältnissen bewiesene Tragfähigkeit ist der Erwähnung und Anerkennung wert.“ (Menzi, 1987, S. 106)

Obwohl in den Regionalspitälern des Kantons Bern neue Psychiatrische Dienste institutionalisiert werden, verbleiben trotzdem noch ein breites Aufgabengebiet im Konsiliardienst an Spitälern, in Wohn- und Altersheimen sowie in der Familienpflege. (Menzi, 1987) Die ambulanten Konsultationen gingen jedoch auch im Jahr 1987 zurück und lagen bei 11'493.

Die Fluktuationsrate des Personals liegt im Jahr 1987 bei hohen 30,2%, insbesondere bei den Ärzten und Psychologen ist der Personalbestand von grossen Schwankungen betroffen, hier beträgt die Fluktuationsrate 49,2%.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: Im Jahre 1987 waren wiederum 7 Sozialarbeitende angestellt. 4 Männer und 3 Frauen.

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Der Sozialdienst hat keine namentliche Erwähnung im Jahresbericht von 1987. Jedoch wurde durch den Ökonom, Bernhard Hauswirth beschrieben, dass der Tradition entsprechend im Landwirtschaftsbetrieb der Klinik jeweils Arbeitsplätze für Patienten geschaffen wurden. Der viehlos geführte Betrieb habe zwar weniger Variationsmöglichkeiten geboten, aber das Angebot an Beschäftigungstherapien und an Arbeitstrainings im Sinne der Rehabilitation der psychisch Kranken konnte im beschränkterem Rahmen weitergeführt werden. Ebenfalls sei die Möglichkeit der Reittherapie rege genutzt worden und habe zu therapeutisch sehr erfreulichen Resultaten geführt.

Es wurden wiederum 242 Gutachten erstellt. Es wurden 11'493 ambulante Konsultationen durchgeführt.

Jahresbericht 1988

Patientenzahl Ende Jahr: 453 Patienten und Patientinnen (m: 214/ w: 239) / 515 Betten

Gesamtzahl der Verpflegten: 1456 (m: 760/ w: 696)

Austritte: 961

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 35'975'206.- Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages: erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 5,9% auf 220.06 Franken

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: Im Jahr 1988 wurde eine bessere Öffentlichkeitsarbeit durch eine klinikeigene PR-Kommission angestrebt. Auch die interne Kommunikation sollte durch regelmässige Informationsveranstaltungen für alle Angestellten der Klinik verbessert werden. Im Spätsommer 1988 sei durch mediale Aufmerksamkeit um die unzulässigen HIV-Untersuchungen an Patienten, Unruhe in der Klinik entstanden. Pauchard nimmt dieses Beispiel auf und zeigt an diesem auf, dass die Mitarbeitenden der Psychiatrie sich in einem rechtlich und ethisch schwierigen Feld bewegen. „In vielen Fällen kann der Patient nicht in die für ihn wichtigen Entscheide einbezogen werden, weil er ganz oder teilweise urteilsunfähig ist. Den Pflegenden bleibt deshalb oftmals ein relativ breiter Ermessensspielraum nicht über die Legalität, sondern über die Legitimität gewisser Entscheide.“ (Pauchard, 1988, S.

113) Der Klinikdirektor misst dieser Feststellung grosse Bedeutung zu und gründet eine Ethikkommission, die in solchen Fragen eine Entscheidungshilfe bieten soll.

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs:

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Nach der Pensionierung von Dr. Waldemar Menzi hat Dr. Jean-Pierre Pauchard den Posten als Direktor der Klinik übernommen. Dieser nahm sich neben organisatorischen und planerischen Aufgaben einer Bestandsaufnahme der gesamten PKM an. Erkenntnisse sollen aus der Erhebung über den Patientenbestand, die Arbeitszufriedenheit des Personals, die sozialpsychiatrischen Ressourcen des Pflichtaufnahmegebietes sowie eine Untersuchung des soziologischen Instituts der Universität Ben über das Ansehen der Klinik in der Öffentlichkeit gezogen werden. Die Ergebnisse werden jedoch erst 1989 erscheinen. (Pauchard, 1988)

Betreffend der Personalbestände schildert Jean-Pierre Pauchard, dass beim Pflegepersonal wiederum Engpässe aufgetreten sind. Ebenfalls „ (...) zeigt sich im ärztlichen Sektor, dass die seit Jahren monierte Unterdotierung allmählich die Grenze des noch Verantwortbaren zu unterschreiten beginnt. Eine grosse Bedrohung für die Aufrechterhaltung der Dienstleistungen am kranken Mitmenschen im allgemeinen und für die Arbeitsqualität des Klinikpersonals im speziellen war im Übrigen die Initiative ‚100 000 sind genug‘, welche dank der mutigen Entscheidung des Bernervolkes abgewendet werden konnte.“ (Pauchard, 1988, S. 112)

Die Fluktuation nahm wiederum zu und lag im Jahr 1988 bei 33,8%. Insbesondere bei den Ärzten und Psychologen schoss diese noch einmal in die Höhe, denn die Fluktuationsrate bei diesen Berufsgruppen lag bei 63,8%. Hier könnte eine Verbindung zu der vorher genannten Initiative spekuliert werden. Die Angst den Arbeitsplatz durch Stellenkürzungen zu verlieren, hat möglicherweise dazu geführt, dass die Mitarbeitenden vermehrt die Stelle gewechselt haben.

Wie bereits 1986 beschreibt auch Dr. Pauchard die Wahrnehmung, dass die zugewiesenen Patienten „ (...) viel schwerer gestört sind als früher und entsprechend intensiverer Pflege bedürfen.“ (Pauchard, 1988, S. 113) Die Handhabung des Fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE) durch die Behörden sowie der anhaltende Druck im Bereich der Alterspflege würden immer wieder zu Fehlplatzierungen führen. Jedoch sei nun jeder Klinik ein Pflichtaufnahmegebiet zugewiesen worden und es bestand die Hoffnung, dass durch ein gewisses Verantwortungsgefühl der zuweisenden Instanzen Fehlplatzierungen vermieden werden können. Eine Stichtagserhebung betreffend des Patientenbestandes ergab, dass 45% der Patienten sofort entlassen werden könnten, wenn eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gewährleistet wäre. Jeder dritte Patient ist über 70 Jahre alt und 40% der Patienten sind seit über 20 Jahren in der Klinik hospitalisiert. Der Klinikdirektor erkennt anhand dieser Erhebung, dass durch diese scheinbar fehlplatzierten Pflegepatienten die PKM von ihrem eigentlichen Auftrag abgekommen sei. (Pauchard, 1988)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst: Im Jahr 1988 arbeiten acht Sozialarbeitende im Sozialdienst der PKM. 4 Frauen und 4 Männer.

Stellenprozente Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes:

Es wurden 218 Gutachten erstellt. Die Zahl der ambulanten Konsultationen nahmen um über die Hälfte ab und lagen Ende 1988 bei 4'493.

Jahr: 1989

Patientenzahl Ende Jahr: 421 (m: / w:) 482 Betten (Information über Geschlecht fiel weg.)

Gesamtzahl der Verpflegten: 1435 (m: / w:)

Austritte: 1014

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge: 40'591'181.85 Franken

Durchschnittliche Kosten eines Pflorgetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit: „Besonders eindrücklich war nebst vielen guten Vorträgen eine Abendveranstaltung für die Dorfbevölkerung, die in grosser Zahl in den Gemeindesaal strömte und so das gute Verhältnis zwischen Klinik und Dorf dokumentierte.“ (Pauchard, 1989, S. 109)

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: Im Jahr 1988 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern eine Ist-Zustands-Analyse in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigten, dass die hospitalisierten Patienten überaltert und häufig fehlplatziert sind. Ebenfalls negativ aufgefallen sei der Mangel an Angeboten im Bereich geschütztes Wohnen und Arbeiten, ebenso wie zu wenig Assistenz- und Oberarztstellen. Die Arbeitsplatzsituation wurde jedoch trotzdem als positiv gewertet, da ein gutes Betriebsklima herrsche. Ebenfalls konnte eine gute Zusammenarbeit mit den regionalen Psychiatriestützpunkten in Thun und Burgdorf festgestellt werden. (Pauchard, 1989)

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Eine Planungsgruppe mit dem Namen K 95 (kurz für Klinik 1995) wurde ins Leben gerufen, um auf Grund der Ist-Analyse eine neue Klinikorganisation zu erarbeiten. Die Klinik Münsingen würde in 4 Sektoren und 2 Stabsbereiche eingeteilt. Die vier Sektoren sind eingeteilt in die Bereiche Akutpsychiatrie, Langzeitrehabilitation, Geriatrie und ambulante Dienste.

Ebenfalls wurde eine Trennung zwischen strategischer und operationeller Führungsebene eingeführt sowie eine Paarung der ärztlichen und pflegerischen Führung auf allen Stufen. (Pauchard, 1989)

„An zahlreichen Retraiten, Arbeitssitzungen und grossen planerischen Arbeiten durften wir einen wesentlichen Beitrag zu der Entstehung und zum Gelingen unseres neuen Klinikkonzeptes leisten, unter Einbezug fast sämtlicher Mitarbeiter des Pflegedienstes.“ (Schrantz, 1989, S. 110)

Erstmals seit vielen Jahren konnte durch gezielte, intensive und langjährige Personalwerbung konnte der Stellenplan im Bereich der Pflege voll belegt werden.

Im Jahr 1989 wurde ein Wohnheim für geistig Behinderte geschaffen. Durch dieses eigene Haus konnte die Lebensqualität der behinderten Menschen wesentlich verbessert werden.

„Die am Gesamtpersonal gemessene, durchschnittliche Fluktuation betrug 26,3% und lag damit 7,5% tiefer als im Vorjahr“ (Komann, 1989, S. 126)

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: 9 Sozialarbeitende; 4 Männer, 5 Frauen

Stellenprozentage Sozialdienst:

Auftrag des Sozialdienstes: Erstmals in der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsingen ist die Zahl der Austritte über die Tausendergrenze gestiegen. Trotz der vielen Langzeitpatienten konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um 11% gekürzt werden. Die Zahl der hospitalisierten Kranken nahm zu, während gleichzeitig die Bettenzahl rückläufig war

Ende 1989 wurde die Betreuung einer grossen Anzahl an Patienten der Familienpflege von Einrichtungen der Fürsorge übernommen.

Jahr: 1990

Patientenzahl Ende Jahr: (m: / w:)

Gesamtzahl der Verpflegten: (m: / w:)

Austritte:

Gesamtkosten Klinikbetrieb ohne Abzüge:

Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages:

Therapeutische Veränderungen:

Öffentlichkeitsarbeit:

Gesellschaftliche Diskurse:

Politischer Diskurs: „Sollten die dringend benötigten Mittel für eine qualitative Verbesserung der klinischen Behandlung von Psychiatriepatienten aus den ländlichen Gebieten des Kantons nicht beschafft werden können, wäre die Zurückentwicklung in die Ära der Anstalts- und Verwahrungspsychiatrie kaum mehr aufzuhalten.“ (Pauchard, 1990, S. 101)

Organisationsstruktur: „Durch die Vermehrte Möglichkeit, am Entscheidungsprozess mitzuwirken, stieg allgemein die Motivation und Identifikation mit der Arbeit bei den Mitarbeitern an, auch wenn hie und da Zeichen der Überforderung sichtbar wurden. Die vermehrte Partizipation am Führungsprozess bedingte vermehrte Zusammenarbeit, bessere Information und konsequente Förderung der fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter.“ (Pauchard, 1990, S. 100)

1990 wurde in der Psychiatrischen Klinik Münsingen eine der Oberarztstellen an einen internistischen Oberarzt vergeben. Die Stichtagserhebung von 1988 zeigte nämlich, dass die Hälfte aller Klinikpatienten auch somatisch behandlungsbedürftig war.

Umwelteinflüsse:

Sozialdienst / Fürsorger/Innen: 8 Sozialarbeitende; 3 Männer und 5 Frauen

Stellenprozentage Sozialdienst:

Auftrag Sozialdienst: Der Klinikdirektor, Jean-Pierre Pauchard, stellte im Jahr 1990 einen „gravierenden Mangel“ an Sozialarbeitern, der nach wie vor ein „ernsthaftes Problem“ der Klinik darstelle. (Pauchard, 1990, S. 101) Durch diese Unterdotierung der Sozialarbeitenden

und auch der Ärzte, sei den Patienten das Recht auf eine Behandlung, die den damaligen Vorstellungen einer Psychiatrie entspricht, genommen worden.

Der Klinikdirektor stellte 1990 fest, dass durch den Regierungsstatthalter vermehrt stark verhaltensgestörte oder soziopathische Patienten zugewiesen wurden. Die sozialpädagogisch Betreuung und Begleitung dieser Patienten sei sehr personalintensiv gewesen. Ebenfalls habe sich die Wiedereingliederung immer wie schwieriger gestaltet.

16.3. Leitfaden für Experteninterviews

Entstehungsgeschichte des Sozialdienstes im Psychiatriezentrum Münsingen zwischen 1970 - 1990

Interviewfragen:

In den Jahresberichten wird 1974 zum ersten Mal der Sozialdienst erwähnt.

Wann hatten Sie zum ersten Mal etwas mit einem Sozialarbeiter zu tun?

Welches waren die Aufgaben eines Sozialarbeiters/ einer Sozialarbeiterin?

Welches waren Auftrag und Funktion des Sozialdienstes (1970-1990)?

Was waren die Gründe, die zu den Anfängen des Sozialdienstes in Münsingen geführt haben? Wie ist dies geschehen? (Gab es da politische oder gesellschaftliche Einflüsse?)

(Was war aus Ihrer Sicht der ausschlaggebende Punkt, um Sozialarbeitende in der PKM einzustellen?)

Gab es positive Entwicklungen, welche die Einführung des Sozialdienstes mit sich brachten?

Für wen war die Arbeit eines Sozialarbeiters / einer Sozialarbeiterin damals wichtig?
Warum? (Welche Professionen profitierten von der Arbeit?)

Gab es aus Ihrer Sicht negative Entwicklungen in Bezug auf die Einführung des Sozialdienstes?

Gab es auch Personen oder Disziplinen, welche der Einführung des Sozialdienstes gegenüber kritisch eingestellt waren? (Warum?)

Wie haben Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Entstehungsjahren des Sozialdienstes (1970-1990) wahrgenommen? Welches waren Ihre Erfahrungen?

Welche Überschneidungen gab es bei der Aufgabenverteilung? Wie wurde dieses Problem gelöst? Wurde bei der interdisziplinären Zusammenarbeit eine neue Aufgabenteilung vorgenommen?

Gab es auch Aufträge, welche vorher einer anderen Disziplin zugeordnet waren?

(Haben Sie bei der interdisziplinären Zusammenarbeit Spannungen wahrgenommen? Wenn ja, welche?)

Hatte der Sozialdienst latente Funktionen? (Funktionen, welche nicht im Bewusstsein sind) (Öffentlichkeitsarbeit, Politische Statements. Hat die Anzahl der Austritte damit zu tun, dass mehr Sozialarbeitende eingestellt wurden oder mussten durch die Forderung, mehr Austritte zu generieren, mehr Sozialarbeitende eingestellt werden?)

(Haben Sie Unterschiede im Menschenbild der verschiedenen Vertreter der Disziplinen festgestellt?)

Wie hat sich der gesellschaftliche Blickwinkel zur Psychiatrie gewandelt?

Spezifische Fragen an die Sozialarbeiterin:

Was ist unter der Familienpflege zu verstehen? (Dies war eine wichtige Aufgabe des Sozialdienstes in den 70er und 80er Jahren.)

Haben die Sozialarbeitenden die Aufgaben und die Stelle der Fürsorgerinnen eingenommen oder waren die beiden Professionen zur gleichen Zeit mit unterschiedlichen Aufgaben angestellt?

16.4. Raster der Kategorien – Interviewanalyse H.F.

<p>Therapeutische Veränderungen</p>	<p>Ja. Das ist eben die Enquete ist in Deutschland bereits gemacht worden. Die Schweiz war früher auch noch ein bisschen weiter. Und es hat ein paar bekannte Psychiater gegeben, die schon den sozialpsychiatrischen Ansatz verfochten und vertreten haben. Und dann natürlich auch die politischen Bewegungen. 68, also da ist man auf die Psychiatrie los, da ist man auf den Strafvollzug los, all die Missstände, das autoritäre Gehabe in den Institutionen, ist attackiert worden. (..) Und ja, da gibt es ein paar wichtige Autoren bezüglich der Psychiatrie, Basaglia, Alane, Cooper, die sich ja ganz eine andere Begleitung auf die Fahne geschrieben haben. Und das hat sich natürlich auch auf die Psychiatrie ausgewirkt. (...) (217-233)</p> <p>Das ist jetzt die negative Formulierung davon, das ist die sogenannte Dreh- türpsychiatrie. Das war damals als wir Leute entlassen haben, weil wir keinen Platz hatten. Das hat es natürlich auch gegeben, zum Teil. Als der Chefarzt über die Stationen gegangen ist und geschaut hat wer steht auf zwei Beinen, wen kann man entlassen und dann hat man das auch so umgesetzt. Das war reine Platznot. (407-415)</p>
<p>Gesellschaftlicher Diskurs</p>	<p>Hat es gesellschaftliche oder politische Aspekte gegeben, die dazu geführt haben, dass der Sozialdienst entstanden ist?</p> <p>Ja die ganze Psychiatriereform hat natürlich danach geschrien. Also früher war die Psychiatrie so, man ist hinein gekommen und selten wieder hinaus gekommen. Oder erst nach einer langen Zeit. Und äh (..) in den 50er hatte es glaube ich über 1000 Patienten gehabt und etwa 7, 8 Mediziner. Keine Psychologen, keine Sozialarbeiter. Damals hat man glaube ich, noch Wärterinnen und Wärter gesagt, also man hat noch nicht von der Pflege gesprochen. Vieles war eine angewandte (..) erzieherische Massnahme gewesen. Dass man die Leute Beschäftigt hat, einen Betrieb geführt hat, dass man Atelier geführt hat, dass man Bauernhöfe gehabt hat. Dass die Leute angekettet aneinander ins Feld arbeiten gegangen sind. Dass hat sich natürlich in den 70er, damals gab es ja die grosse Untersuchung, nach 68 in der Psychiatrie, Deutschland, Frankreich, Schweiz. Und da hat sich natürlich alles herausgebildet.</p> <p>Sie sprechen von der Enquete? Ja. (186-212)</p> <p>Das hat schon etwas mit dem Aufbruch zu tun gehabt, nach 68, oder. Dass man etwas verändern wollte in diesen Institutionen, dass man andere Konzepte entwickelt hat, dass man manchmal auch andere Positionen in der Behandlung vertreten hat. (303-309)</p> <p>Aber ich weiss was das Anliegen war und der Pauchard hat sehr wohl gewusst, das die Psychiatrie zu viel Macht hat, dass man viele Fragen von einer Ethikkommission anschauen lassen muss. Und ja dass man natürlich vieles über Menschen entschieden hat, ohne dass man das richtig reflektiert hätte,</p>

	<p>es ist eine Machtzuschreibung und ist Teil von der Repression einer Gesellschaft und die ganze Vorgeschichte, die unrühmliche, sei es mit den Verdingkindern, Entmündigungen, da hat die Psychiatrie gar keine gute Figur gemacht, und die Eugenik oder auch die Selektion von Menschen, die wertvoll sind und weniger wertvoll. (821-836)</p>
Politischer Diskus	
Öffentlichkeitsarbeit	<p>Ja, gut. Das kann man auch kritisch sehen, das hat zum guten Ton gehört, dass man so eine Kommission hatte. Weil wenn man betrachtet, ob das befolgt wurde, was da diskutiert wurde und es ist mit der Zeit zu einer Kommission geworden, in der es zu wenig Wechsel gibt, sondern es gibt eine Kollegin, also eine Psychologin, die hat schon lange aufgehört, die sitzt aber immer noch drin, was hat das noch damit zu tun, wie sie arbeitet. Vielen wurde es auch sehr wohl, kritisch gesagt. Zum Teil was sie vertreten haben, hätte man für meinen Geschmack heftiger vertreten müssen. (799-812)</p>
Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit	<p>Ich habe 1982 einmal eine Stellvertretung gemacht und da hatte ich sicherlich mit Sozialarbeitenden zu tun gehabt. Die hatten das Büro auch am selben Ort damals, wie die Psychologinnen und Psychologen. (Z. 22-26)</p> <p>Also ich bin eher ein Vertreter, dass man das nicht zu schnell macht, die Anmeldung. Und Sozialarbeitende machen das teilweise sehr schnell. Jetzt inzwischen ist es so, dass man, kaum ist man krank schon sollte man eine Anmeldung machen. (83-88)</p> <p>Dass das natürlich auch ein Feld ist, die Arbeit mit den Angehörigen. Und dann oft auch eng verschränkt mit den Leuten, die eine therapeutische Ausbildung haben. Das sind ja nicht primär immer nur die Ärzte, die vieles oder zu vieles übernehmen. Das nachher über die Mediziner läuft. (133-139)</p> <p>Ich kann das sehr vertreten, dass das Sozialarbeitende genauso können. Natürlich müssen sie dann eine Zusatzausbildung machen.</p> <p>Mhm.</p> <p>Ich habe lange Zeit mit einem Kolleg zusammen gearbeitet und eine Station geleitet und der hat therapeutische Aufgaben auch übernommen, hat auch Familiengespräche gemacht, hat auch Einzelbegleitungen gemacht. Das ist für mich nicht primär abhängig.. es ist klar man muss in dem Feld eine Zeit lang arbeiten, Kernkompetenzen, dass was man mitbekommt im Studium ist anders als vielleicht bei einem Mediziner, aber dass man voneinander eigentlich lernt. Und wenn jemand länger in diesem Bereich arbeitet, dass durchaus therapeutische Einsatzmöglichkeiten geben sollte. (...)</p> <p>Mhm.</p> <p>Und es ist oft so, dass wenn Sozialarbeitende mit einem Assistenten, der keine Therapieausbildung hat, keine Erfahrung hat in der Angehörigenarbeit oder.. dass da oft dann eben der Lead bei den Sozialarbeitenden gewesen ist. Also wenn der Assistenzarzt keine Erfahrung hat..</p> <p>Sofern er dies zulässt. Es gibt auch solche, die meinen, wenn sie ein Staatsexamen haben, dann könnten sie alles, oder. Und dann fangen sie an und laufen auf und dann sind sie im Miststock innen fest gefahren (lächelt) und dann sind sie froh, wenn jemand hilft. (148-182)</p> <p>Das ist immer abhängig von den Personen auch und wie man mit denen zusammenarbeitet. Ist mir vorher ein wenig in den Sinn gekommen, da wo ich vorher gearbeitet habe, da hat es eine Sozialarbeiterin gegeben, die ist auch mit dem weissen Schürzlein umher gelaufen, die hat sich sehr an das Bild,</p>

das gängige, da sind die Gesonderten, die behandeln und da sind die Kranken, oder. Und mit der Zeit hat es natürlich auch verschiedene Vertreterinnen und Vertreter von diesen Berufsbildern gegeben. Die klassische Fürsorgerin hat eben dann eher so ihren Job wahrgenommen und hat geschaut, dass sie zur rechten Hand des Chefarztes wurde, das war auch so dort. Die Sozialarbeiterin, die jahrelang dort gewesen ist, hatte diese Position gehabt. Und dann auch Einsätze genommen hat in gewisse Wohnheime. Auch diese waren mit einer gewissen Macht versehen gewesen und haben gewisse Funktionen ausgeübt. (..) (238-259)

Und Mediziner darauf nicht vorbereitet sind, obwohl sie es zum Teil gemacht haben. Also es ist sicher eine Qualitätsverbesserung gewesen. Sicher für die Betroffenen, primär. (341-345)

Und dass mehrere Leute daran sind. Dass ist manchmal auch noch wichtig. Dass nicht nur eine Person, sondern dass es auch Teamarbeit gibt. (347-350)

die Zusammenarbeit mit der Pflege war immer wichtig. Auch da kommt es wieder darauf an, was für ein Berufsbild man hat. Dass da Teamarbeit ganz zentral ist und der Meinung bin ich eigentlich. Weil die haben oft immer wieder Fragen und es ist wichtig, dass man die Leute begleitet, dass man sie unterstützt. Dass es wichtig ist, dass jemand auch vor Ort dabei ist und das eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden, Pflegenden und der Fallführung besteht. (354-364)

Nein, ich bin immer ein grosser Verfechter gewesen und habe probiert Koalitionen zu machen mit der Sozialarbeit, dass das ein wichtiger Teil ist, dass wir teilweise ein unterschiedliches Verständnis haben von Begleitung und Unterstützung. (..) Also es gibt auch da gewisse Sozialarbeitende, die eine Therapieausbildung haben und sich einmischen oder manchmal bei jüngeren Kollegen heftig hineinfahren. Es gibt da natürlich auch die Differenzen zwischen Psychologinnen und Sozialarbeitenden. Genau gleich wie es das zwischen Psychologie und Medizin gibt. Wer weiss es besser, wer hat da mehr Erfahrung. Aber das finde ich eigentlich fruchtbar und sinnvoll. Eher im Sozialbereich, in der Sozialarbeit war das ein basisdemokratisch organisiert und nachher im Betrieb, haben wir in der Psychologie dieselbe Erfahrung gemacht, dass es da leitende Leute braucht, dass die Psychiatrie ein hierarchischer Laden ist (hustet). Aber sonst die Sozialarbeit, dass sie sich für mich kritisch entwickelt hat, dass sie auch solche Hierarchien angefangen hat zu installieren. (443-467)

Jetzt in den Institutionen sind wir gemessen an den Medizinern immer noch Randgruppierungen. Die Sozialarbeit, wie die Psychologie oder andere gestaltende Therapien. Und von daher ist es auch wichtig, dass die sich austauschen. Und sich dem Mainstream entgegen stellen. (472-478)

Es hat sicherlich auch immer die Oberärzte gegeben, die geschnödet haben, wenn es etwas Neues gegeben hat. Das ist so. Genauso wie wenn eine Berufsgruppe ausgebaut wurde oder wenn ihnen neue Aufgaben übergeben wurde, dass sie sagten, die können das gar nicht. Das hat es immer gegeben. Ja und manchmal heisst es dann auch sie seien faul, wenn sie gewisse Aufträge zurück geben, weil es war kein richtiger Auftrag ist. Da braucht es eben auch den Mut. Wenn ein Mediziner findet das wäre interessant zu wissen, macht das und wenn man sagt das ist kein Grund, aus dem wir einsteigen

würden, dann hat das auch Konflikte gegeben. Weil das die Dienstbereitschaft und die Unterwürfigkeit, die manchmal ein Bisschen verlangt wird, in Frage gestellt hat. (488-506)

dass der Weg zu einer Anmeldung oder wie man zu begleitetem Wohnen kommt oder wie man zu einer längeren Suchttherapie kommt, dass man die richtigen Informationen bereits einmal platziert und von daher ist es ganz wichtig, dass das Knowhow im Team innen ist. Dass man darüber spricht und dass klar definiert wird, wer intensiver mit dieser Person an dem Thema arbeitet. (532-541)

Und das war manchmal auch wichtig, dass die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter auch Sachen delegieren konnte, an eine Pflegeperson, dass man zusammen gegessen ist, dass aber der Lead ganz eindeutig bei der Sozialarbeit gelegen ist und die Umsetzung zusammen mit der Pflege oder die Umsetzung gemeinsam mit der fallführenden Person, weil da ein enges Vertrauensverhältnis entstanden ist in der Therapie. Das ist ganz wichtig und manchmal ist es auch wichtig, dass man sagt, dort lässt die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter viele Ressourcen binden, weil es ist wichtig, dass dies gelingt. Also auch die Priorisierung, was ist jetzt wichtig in der stationären Behandlung. Das ist immer eine sehr befristete Intervention und da muss man herausfinden, was ist der Hauptfokus von dieser Intervention. (543-561)

Das ist auch das, was sie immer reklamiert haben (dass sie zu wenig einbezogen wurden während der stationären Interventionsphase), das ist auch das was ich immer wieder fand, da haben sie recht. Und wenn Mediziner einen Auftrag erteilen, dann haben sie eine wage Vorstellung, wie man das machen sollte und das bedingt eben auch eine Zusammenarbeit eine Diskussion. Welche Informationen hat man schon, ist es der richtige Zeitpunkt und das das Know-How von Sozialarbeitenden in diesen Vorbesprechungsphasen, bevor man mit dem Patient an die Umsetzung heran geht, dass man da erst einmal abklärt, was ist die Sicht des Betroffenen, was ist die Sicht von uns, was ist die Sicht der Fachperson, die darüber am meisten Know-How mitbringt. (564-579)

Ja also ideal war es immer, wenn man rechtzeitig miteinander gesprochen hat, das und das steht an oder ein Thema ist, dass die Person nicht wieder zurück kann in die Verhältnisse, in denen sie vorher war und dass man da früh bereits darüber spricht, dass man anhand von Schwerpunkten, die auch setzt und die Bereitschaft abklärt, die Person kann nicht mehr zurück, nicht mehr in die Familie, nicht mehr zurück in die Wohnung, weil sie die Kündigung erhalten hat, was auch immer, dass man da ganz früh und eng zusammen gearbeitet hat. (589-601)

Da gab es immer wieder Überschneidungen, auch rein von meiner Ausbildung her, meinen Interessen her, sei es auch beim Arbeitsrecht, also ich bin jetzt seit 35 Jahren Gewerkschaftsmitglied, bin auch im Vorstand der VPAD Bern Kanton gewesen und habe mich sehr mit den Arbeitsbedingungen auseinandergesetzt, mit Arbeitsrecht, bin auch Fachrichter im Arbeitsrecht auf der Schlichtungsbehörde, und da gab es das schon auch, wenn es rechtliche Sachen waren, es ist klar Sozialarbeit hat wahrscheinlich mehr gehört vom Recht im Studium, aber da gibt es das auch, dass man sich zusätzlich qualifiziert und wenn ich da sagte, das ist anders, dann haben sie das zum Teil nicht glauben wollen, aber das ist im Leben immer so, dass es da Überschneidungen geben kann oder Abgrenzungsprobleme, oder auch beim Leiten von

Gruppen, dass es da manchmal auch, dass da Sozialarbeiter der Meinung sind sie hätten dazu eine gute Ausbildung, da bin ich nicht so sicher, ob dem so ist, aber dass sie es auch machen, dass Mediziner keine Ahnung haben von dem, ist klar, aber das braucht hat auch die Kenntnis von Soziologie, von Entwicklungs- und Sozialpsychologie, von Motivations-psychologie, wie ein Mensch sich in einer Gruppe verhält, und da gibt es halt dann auch wieder Überschneidungen. (668-697)

Der Oberarzt hat immer Recht. (lacht) Und dann gibt's hat einige, die das anzweifeln, oder. Von daher muss man auch den Diskurs führen, miteinander. Da wo es gut läuft, da respektiert man sich, die unterschiedlichen beruflichen Sozialisationen und anerkennt das und versucht es zusammen zu bringen und das ist dann immer das beste Ergebnis, zum Wohl der Betroffenen. Und wenn es nicht gut läuft zwischenmenschlich, dann kommen dann eher die Differenzen hervor oder das gewisse mit einer gewissen Arroganz Sachen behaupten oder einen Auftrag erteilen, ohne dass sie darüber nachdachten, warum sie das so weitergeben, das ist auch ein Teil der Realität und damit muss man lernen sich auseinander zu setzen und dafür gibt es auch das Gefäss der Supervision, und da habe ich immer gute Erfahrungen gemacht im Austausch, was Sozialarbeitende vertreten, was Psycholog-innen vertreten, da ist man einander relativ nahe. Vielleicht jetzt auch dadurch, dass man eine Minderheit ist, gerade in einem Team innen. Die Regel war bei uns, dass immer eine Person aus dem Fachbereich Psychologie und eine aus der Sozialen Arbeit alleine, vis à vis von viel mehr Pflegenden und viel mehr medizinischen Fachpersonen, und dann muss man immer eine Minderheitenposition vertreten. (712-741)

Ich habe jahrelang auch Unterricht gegeben bei den Pflegenden, da gibt es manche, die sehr eigenständig denken, die opportunistisch reagieren und aufnehmen was man ihnen sagt. Ob sie dann in der Situation sagen, ‚nein das mache ich nicht‘ oder ‚das kann ich nicht vertreten‘ oder ‚ich habe Mühe jemandem so viele Medikamente abzugeben‘ (..) das ist eigentlich leider eine seltene Auflehnsform. (..)

Mhm. (..) Ja, das könnte auch mit der Hierarchie zusammenhängen.

Ja natürlich, wie selbstbewusst, dass jemand ist, wie mutig das jemand ist, ob jemand für das einstehen kann. (758-772)

Das habe ich aus dem Sozialdienst gehört, dass sie manchmal das Gefühl haben, das junge Kolleginnen Kompetenzen überschreiten und sie denken, sie seien doch zuständig für das. Da muss man manchmal auch sagen, dass wenn jemand eine Therapieausbildung macht, gerade eine systemische, dann ziehen sie die Familie bei ohne Rücksprache mit den Sozialarbeitenden zu treffen, aber das ist sehr oft auch eine Frage der Zeit. Das ist immer ein Bisschen beidseitig. Da gibt es die, die viel fragen, bevor sie etwas machen und andere machen einfach. Von daher gibt es natürlich auch immer wieder Differenzen. (893-907)

Und dass ist dann schon so, dass Sozialarbeit in diesen Institutionen eher an therapeutischen Prozessen interessiert sind. Wenn man weiss wie Sozialarbeit aussieht draussen in den Gemeinden, dann ist das eine Arbeit, die Schlag auf Schlag läuft. Und da weiss ich, dass gewisse Sozialarbeitende immer wieder Zusammenstösse mit gewissen Psychologen gehabt haben. Vielleicht auch zu viel im Feld der Sozialarbeitenden wildern, oder meinen es sei ihr Feld. Und da sage ich immer, da muss man zusammen sprechen.(921-932)

Sozialdienst Auftrag und Funktion	<p>Wissen Sie etwas darüber ob die Aufträge, speziell sozialarbeiterische Aufträge, wie die Organisation des Austrittes früher einer anderen Disziplin zugeordnet waren? Ja, früher haben die Mediziner alles gemacht. (878-883)</p> <p>Traditionellerweise immer die Orientierung nach aussen. Die Unterstützung bei finanziellen Problemen, Kontakt mit fürsorglichen Fachpersonen, Stellensuche. Früher hat das natürlich noch etwas anders ausgesehen. Da gab es Arbeitgeber, die in der Klinik angerufen haben und fragten, ob sie jemanden hätten, den sie anstellen könnten. (..) (Z. 29-37)</p> <p>hat es eine Anmeldung gegeben von Seiten der Mediziner mit einer klaren Fragestellung. (..) Zum Teil ist dies formal schriftlich erfolgt oder mündlich. (Z. 46-49)</p> <p>Aber auch dass dies via Pflege manchmal ging, aber in der Regel war der Sozialdienst Teil des sogenannten ärztlichen Bereiches. (55-58) Also das ist sicher mal eins (die Stellensuche). Aber es gibt ja auch Leute, vorübergehende. Früher hat es mehr auch noch so Rehaprogramme gegeben, die zum Teil auch eingefädelt wurden von Sozialarbeitenden. In der Zusammenarbeit mit den fallführenden oder zuständigen Therapeuten. Also so Langzeittherapien bei Terra vecia zum Beispiel. Dass das vorübergehende Massnahmen waren. Der ganze Bereich Anmeldung IV. War immer eine Domäne gewesen von den Sozialarbeitenden. Wobei es dabei auch Diskussionen abgesetzt hat. (69-81)</p> <p>Gründe für die Institutionalisierung des Sozialdienstes: Es ist klar, es ist ein wichtiger Anteil einer psychischen Erkrankung, mit den sozialen Auswirkungen. Bis dahin, dass Sozialarbeitende so eine Zusatztherapie machen. Da systemisch oder Familientherapie. (126-131)</p> <p>Hat auch damit zu tun, dass man die Leute nicht mehr so lange behalten konnte und dass man schauen musste, wie geht es weiter, dass man Wohnsituationen klärt, (hustet) Arbeitssituationen, (räuspert sich) oder eben auch so Rehabilitationsmassnahmen therapeutischer Art, das heisst so Sachen suchen, begleiten, hingehen, wenn sie sich vorstellen gehen. Das ist oft ein aufwendiger Prozess, oder. (264-274)</p> <p>Arbeitssituation, Wohnsituation, finanzielle Angelegenheiten, bei jungen Erwachsenen, Jugendlichen eben auch dort diese anderen fördernden Massnahmen, begleitetes Wohnen und so weiter. Ja das sind so die Hauptbereiche. (284-289)</p> <p>Die Fürsorgerin gewesen ist, das ist damals ein sehr weiblicher Beruf gewesen. (...) Sozialarbeit hatte schon andere Dimensionen auch noch für mich angenommen. (297-301) Also auch die ersten, die an der Schule für Sozialarbeit, damals waren sie noch im Gwatt. Damals wurde die Soziale Arbeit auch breiter noch angeboten. Vorher ist der Ausbildungsgang noch dünner gewesen. (319-323) Das war mehr das caritative, das katholische Berufsverständnis gewesen, oder. Die Ergänzung. Und das hat sich wesentlich verändert dann. Ich glaube auch die Bedeutung von der Soziologie und von all den Grundlagenfächern ist grösser worden. (...) (328-333)</p>
--	--

Und dass es im richtigen Zeitpunkt angesprochen wird und nicht kaum ist jemand da, redet man von einer Anmeldung bei einer Versicherung und die Leute sind noch gar nicht klar, was sie eigentlich haben und ob sie sich krank fühlen oder nicht, ob sie krank sind, ob sie Krankheitseinsicht haben, das ist alles auch eine Bedingung, oder. Dass gewisse Sachen eingeleitet werden und sonst ist das vergebene Mühe, wenn man jemanden anmeldet und die Person von sich sagt ich bin gar nicht krank. (365-377)

zurück gekommen sind und zwei, drei Mal hat es so eine Schlaufe gegeben, bis sie bereit gewesen sind für sich etwas zu machen. Eben in ein Arbeitstraining einzusteigen oder mit einer IV zusammenarbeiten oder ein begleitetes Wohnen zu akzeptieren. So ist das oft nicht im ersten Durchgang möglich. Und da ist es eben wichtig, dass man untereinander, vor allem da wo es unterschiedliche Sichtweisen gibt und die Leute alles oder vieles ablehnen, weil sie immer noch davon ausgehen, dass sie gar nichts haben. (388-400)

Aber das andere ist eben auch, dass es auch ein Prozess ist bei den Betroffenen, dass es auch ein wenig Einsicht verlangt Hilfe annehmen zu können, auch akzeptieren, dass man gewisse Schwierigkeiten hat. (416-420)

Und das braucht viel Arbeit. Also vor allem auch Beziehungsarbeit, Vertrauen und dass es ein allmählicher Prozess ist bis jemand Hilfe annehmen kann. (426-429)

Von daher ist es dann oft nicht gemacht dadurch, dass man gute Vorschläge machen kann und die Institutionen kennt. Wenn man sagen kann, da haben wir Jobcoaching Projekte, da haben wir begleitetes Wohnen, wenn jemand das nicht will, oder. (431-436)

Die Frau Dürrenmatt, ich weiss nicht ob sie alleine gewesen ist oder ob sie zu dritt waren. Das war eine ad personam Lösung, die relativ prominent wurde mit der Zeit, dadurch dass sie die einzige Person gewesen ist. (483-488)

Zum Teil habe ich noch zusammengearbeitet mit der OGB. Das ist eine bekannte Organisation, die eben auch behilflich ist Leute mit psychischen Problemen in Bauernfamilien zu platzieren. Aber auch das ist aufgekommen, um die finanziellen Grundlagen der Bauernbetriebe zu retten, das ist natürlich früher genauso gewesen, die ganze Verdinggeschichte, das ist entwürdigend. Zum Teil habe ich gute Erfahrungen gemacht und zum Teil muss ich auch sagen, dass die Leute zu wenig ausgebildet sind, sei es jetzt bei der OGB oder auch bei der Familienpflege. Da gibt es schon auch Leute die sehr fähig sind, aber zum Teil gibt es auch Leute, die viel Unterstützung brauchen. Und die Erfahrung ist auch gewesen, eine Zeit lang geht es gut und dann geht es einfach nicht mehr. Da kommen sie auch an Grenzen und da müsste dann das Teaching intensiver sein, die Begleitung und Betreuung der Familien müsste intensiver sein, das ist auch Teil ihrer wirtschaftlichen Überlebenschance, das würde aber auch bedingen, dass sie besser geschult sind. (853-877)

Ich weiss nicht, ob es einfach ein PR-Gag war diesen Dienst zu schaffen, sondern der hat sich aus der Notwendigkeit heraus ergeben. Vor allem weil die Mediziner, die Ausbildung nicht gehabt haben, die Vernetzung nicht hatten und dass das auch ein Knowhow ist, das die Sozialarbeitenden lernen, auch ein Netzwerk aufgebaut haben, auch eine Kartei aufgebaut haben, (räuspert sich) sei es geschützte Arbeitsplätze oder begleitetes Wohnen, WG's, Therapieformen zur Begleitung von Süchtigen, das Knowhow das gebündelt werden muss und von daher ist das ganz wichtig und auch sehr zeitintensiv. Eine Besichtigung für eine Platzierung, was alles dahinter Steht, dass eine Person auch ‚Ja‘ sagen kann, ich gehe jetzt ein halbes Jahr oder ein Jahr dahin, vo-

	<p>rübergehend, gerade bei längeren rehabilitativen Prozessen, die müssen sorgfältig abgeklärt sein, gemeinsam mit den Betroffenen. Das ist ein hoher Aufwand und bedingt einen breiten Einsatz von allen Berufsgruppen. (956-978)</p> <p>gerade bei längeren rehabilitativen Prozessen, die müssen sorgfältig abgeklärt sein, gemeinsam mit den Betroffenen. Das ist ein hoher Aufwand und bedingt einen breiten Einsatz von allen Berufsgruppen. Das ist auch die Erkenntnis, die dazu führt, dass immer mehr Sozialarbeitende angestellt wurden, jetzt hat man ja auch gemerkt, dass zu viele alte Menschen in der Psychiatrie sind und dann geht es auch um Platzierungen, in Pflege- und Altersheimen, da braucht es auch ein Knowhow, welche Institutionen funktionieren wie und wenn man jemanden vor sich sieht und wo passt diese Person hin (973-987)</p>
--	---

16.5. Raster der Kategorien – Interviewanalyse F.S.

Therapeutische Veränderungen	Bei geistig behinderten Menschen war es vor 30 Jahren waren sie in der Psychiatrie, dann hat man begonnen Heime zu bauen und seit 5 Jahren sind betreute WG's ein Thema. (400-404)
Gesellschaftlicher Diskurs	<p>früher wahrscheinlich mehr noch erster Arbeitsmarkt, der geht immer zurück und jetzt wo ich mit geistig behinderten Menschen arbeite, sowieso nicht mehr. Ich habe es aber auch auf der Alkoholstation gemerkt, wie hart es geworden ist im ersten Arbeitsmarkt, um können als psychisch Kranker.. bestehen können. Mhm.</p> <p>.. dass wird heute noch einmal mehr diskutiert, wegen dem Pilot. Ich bin erschrocken, gestern im deutschen Fernsehen. Wenn man es überspitzt sagt, können psychisch Kranke überhaupt normal arbeiten? Früher da gab es Firmen, die hatten wie Nischenplätze, die wussten da gibt es einen, der ist vielleicht nicht 100% leistungsfähig, aber wir können ihn brauchen und der gehört zu uns, der macht seinen Job. Und solche Nischenplätze gibt es kaum mehr. (371-390)</p> <p>Es ist sehr ernst und gut gearbeitet worden, aber es wurde lockerer gearbeitet. Mehr Freiräume.</p> <p>Ja das sowieso. Strenger und enger. Ich weiss auch nicht wieviel die wirtschaftliche Situation damit zusammen hängt. (464-469)</p> <p>Also als mein Vater ist Arzt gewesen im Aargau, da ist Sozialarbeit gar kein Thema gewesen. Und ich denke das Bewusstsein der Gesellschaft, dass jeder von uns soziale Aufgaben hat. Dass es nicht nur körperliches und seelisches Wohlbefinden braucht, sondern auch soziales, das ist sicherlich gestiegen. (729-737)</p>
Politischer Diskurs	
Öffentlichkeitsarbeit	
Organisationsstruktur und interdisziplinäre	Und von mir aus ist es speziell, da ich für eine gewisse Zeit verantwortlich war für die Sozialarbeitenden bei uns in der Klinik. Mhm.

Zusammenarbeit	<p>Ein paar Jahr bin ich Chef gewesen, sie hatten damals noch gar keinen. (Z. 18-23)</p> <p>81. Ich bin als Assistent im 81 hier hin gekommen und – das war noch wichtig – bin im Aussendienst tätig gewesen. Das war im Ambulatorium gewesen und ich habe nicht in der Klinik gearbeitet. Sondern in Meiringen, Thun Sprechstunden u.s.w.</p> <p>Mhm.</p> <p>Und damals hat es – ich weiss nicht mehr genau – vielleicht vier Sozialarbeiterinnen gegeben und Sozialarbeiter. (33-43)</p> <p>Damals sind das so Einzelfiguren gewesen, die berühmte Frau Dürrenmatt. Die habe ich noch erlebt und die Frau Michel und ein Mann, da kommt mir aber der Name nicht mehr in den Sinn und noch die Ruth Schläpfer. (50-55)</p> <p>als ich – bin noch ein Jahr Assistenz gewesen und dann Oberarzt – ganz viel Sozialarbeit haben wir als Assistenzärzte von der Abteilung aus gemacht, da haben wir eigentlich viel, und es war nicht so, dass die Sozialarbeitenden auf der Abteilung waren, sondern primär hat man versucht alles so etwas selbst zu machen und wenn es dann etwas schwierig wurde oder zu schwierig wurde, dann hat man sich an die Sozialarbeitenden gewandt. Die Frau Dürrenmatt hat natürlich ganz viel Erfahrung gehabt, die Institutionen gekannt, hat mich persönlich viel beraten. Also sie hat nicht Patienten übernommen, aber ich bin Rat holen gegangen, ‚du was kann ich machen?‘ oder ‚was könnte man da machen?‘. Das hat man so gemacht. (80-96)</p> <p>In der Geschichte ist es dann so weiter gegangen, dass es immer mehr Sozialarbeiter gegeben hat. (98-100)</p> <p>1989 oder 1990 war ich dann sogenannter FAP-Leiter. Fachbereichsleiter für Akutpsychiatrie. Und dort hatte ich grosses Interesse daran, dass die Sozialarbeitenden zugeteilt waren. Das war ein wichtiger Schritt. Bei den Psychologen ist es ein Bisschen später ähnlich gewesen. Damit man gewusst hat, dieser Sozialarbeiter ist für die, die und die Abteilung zuständig. Und es hatte wenig, viel zu wenig, natürlich noch. Da hatte jeder zwei oder drei Abteilungen gehabt.(100-110)</p> <p>Was sie gut gemacht haben die Sozialarbeiter. Sie haben sich relativ früh bereits als Berufsgruppe definiert, aber es ist noch eine Zeit lang gegangen, bis sie – also wie bei den Psychologen auch – es hat wie die Entscheidung gebraucht, wir wollen einen Chef, damit sie als offizielle Berufsgruppe anerkannt werden. Sonst sind es so Einzelmasken gewesen, schon lange auf der Abteilung, aber sie waren keine Berufsgruppe. (110-119)</p> <p>Das war noch speziell, weil nicht alle gleich begeistert waren von dieser Idee. (lacht)</p> <p>Vor allem die älteren, die es gewohnt waren völlig autonom zu arbeiten, ‚wir brauchen das nicht‘. Das war noch schwierig. Bei den Psychologen dasselbe, sie waren einige Jahre später. Das Chef-Haben hat ja auch so etwas negative Konsequenzen, aber man ist dafür auch besser geschützt gewesen, wenn man neue Mitarbeiter gewählt hat, konnte das der Chef machen. Die Sozialarbeiter – und das sage ich jetzt mit sehr viel Respekt – die haben es geschafft, vor den Psychologen, eine klar definierte Berufsgruppe zu werden. (127-141)</p> <p>Und das heisst sie sind respektiert worden, sie hatten ein Gewicht, wenn Sozialarbeiter etwas gesagt haben, dann hiess es nicht jemand habe etwas reklamiert oder gewünscht, sondern dann haben sich Sozialarbeitende als Berufsgruppe hinter etwas gestellt, und das hatte viel mehr Gewicht als vorher. (143-149)</p> <p>als ich FAP-Leiter war es die Kunst zu entscheiden, welche Abteilung braucht wieviel Sozialarbeitende. Und (..) da hat es ganz verschiedene Sozialarbeiter</p>
----------------	---

gegeben, von der Art her, so eine Ruth Schläpfer war jahrelang ein Profi, relativ unspektakulär, aber sie war gut und sehr seriös, und dann gab es eher originelle, es waren in der Regel sehr gute Sozialarbeiter. Sie haben es immer verstanden, die Bedingungen für ihren Job gut zu machen, indem sie klar aufgetreten sind, indem sie klare Regeln geschaffen haben, das hat geholfen den Platz attraktiv zu machen. (151-163)

Und (..) ein Thema ist auch immer gewesen, dass es teilweise sehr lange gegangen ist, sich gegen die Ärzte behaupten zu können. Ganz konkret, ich hatte eine Oberärztin und da ist der Sozialarbeiter zu mir gekommen und hat gesagt, ich komme nicht zu Wort, ich kann nichts sagen, manchmal bekomme ich gnädig einen Auftrag, aber ich möchte eigentlich gerne auch etwas dazu sagen, ich habe ihm immer Mut gemacht und gesagt, er solle sich melden, du musst am Rapport sagen, wenn du etwas merkst, und darfst dich nicht vom Oberarzt oder von der Pflege so einschüchtern lassen. Aber es gab wirklich Zusammenarbeit mit Ärzten, die sehr gut war, bei der sie sich geschätzt und wahrgenommen gefühlt haben und es gab die, bei denen sie sich nicht integriert vorgekommen sind. Und das ist noch so erschütternd zu sagen, dass das bis ins Jahr 2000, 2005 und ich denke es ist jetzt auch noch so, also ich höre es manchmal jetzt noch, man ist zwar froh um den Sozialarbeiter usw. aber das Thema der Gleichberechtigung, zwar in einem anderen Job, aber das ist manchmal noch immer schwierig. (165-189)

Einer meiner Taten im 91 war, dass ich das TAM gegründet habe. Das ist eine Therapie für Alkoholabhängige. Ich habe das geführt und der Ansporn zu dieser Gründung der Therapiestation, kam von einem Sozialarbeiter. Der Arzt, der Oberarzt, die Oberschwester, heute sagt man Fachfrau, die waren alle gleichberechtigt, klar als Oberarzt hatte ich mehr zu sagen, das ist mir klar, aber beim Rapport waren alle gleichberechtigt und auch gleichverpflichtet etwas zu sagen. In vielen Abteilungen hat das funktioniert, aber es ist nachträglich erschütternd, wie lange die Sozialarbeitenden – und das sagen die Psychologen ähnlich – hatten sagen müssen ‚hallo da bin ich‘. Es war manchmal, ich weiss nicht ob das Selbstbewusstsein, aber die Selbsteinschätzung. Und das ist immer noch der Vorwurf, dass eine Klinik so hierarchisch aufgebaut ist. Von den Ärzten geführt, die Pflege ist natürlich von der Masse her, von der Menge her am grössten, und die Psychologen wurden jetzt mit der Zeit schon auch aufgewertet, aber die Sozialarbeitenden haben nicht denselben Stellenwert, gehabt. Und es könnte sein, das es so stimmt, das es in der Klinik so sein sollte, aber auf der Abteilung, da habe ich das nie so haben wollen. Auf einer Abteilung war ein Sozialarbeiter häufig oder fast immer zehnmal cleverer als ein Assistent. Gerade erfahrene Sozialarbeiter, haben von Psychiatrie, von Beziehungen mehr verstanden. Wichtig war auch die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegechef der Abteilung und dem Sozialarbeiter. Wenn das gut funktionierte, dann konnte der Oberarzt nicht viel stören, noch besser war es wenn alle zusammen gespielt haben. (191-228)

Das war ein Alkoholiker, alle wussten das, der trocken war. Und der war ein absolut charismatischer, begnadeter Alkohol-Sozialarbeiter gewesen. Der kannte jeden Alkoholiker im Kanton, alle Institutionen, von weit her ist man einfach zum Weibel. Wenn er etwas sagte, dann hatte es gestimmt, der hat Sachen gemacht, die hätte man die dürfen, der hat Medikamente verteilt, dann musste man ihm auf die Finger klopfen, das war jemand, der hatte eine riesen Rolle in der Klinik. Wenn man so zurück denkt, auch mit der Frau Dürrenmatt, da hatte es mehr mit der Figur einer Sozialarbeiterin zutun. Heute kann man

sagen, sind die Figuren nicht mehr so prominent oder speziell, ist es mehr der Beruf, wie bei uns Pflegern oder Ärzten auch. Die Einzelfiguren, die waren noch so wichtig. (132-149)

Und das ist auch kein Zufall, dass dies im Sozialdienst war, bevor die Zeit mit dem Chef kam, haben die sich sehr individuell entwickeln können. Sie waren sehr autonom. (141-149)

Die Frage ist natürlich noch wie viel und hängt auch mit dem Geld zusammen, das man nicht hat. Sind zum Beispiel 3 Sozialarbeiter besser als 5 Pflegefachleute. Wir hatten ein Budget und konnten relativ frei zuteilen. Es ist eine schwierige Frage, die ich jetzt auch noch nicht ganz weiss, wieviel braucht es eigentlich. Da hatte ich viele Gespräche mit Sozialarbeitern. Gewisse sind, das hat auch mit der Persönlichkeit zu tun, immer am Rand gelaufen und konnten fast nicht mehr. Andere haben es sich weniger schwer gemacht. Ich hatte immer das Gefühl, dass sie am oberen Rand waren und dass es auch immer mehr brauchte. (286-300)

Und das war immer die Krux der Sozialarbeiter, die waren immer an zwei Orten, in zwei Teams und nirgend wo richtig zu Hause. Das hat man gut gemerkt. Ich hatte 12 Jahre lang dasselbe Team, mein TAM-Team, das hatte ich schon als Akutobeamter. Das gab enorm viel Qualität und Sicherheit. Das haben Sozialarbeiter immer wieder geklagt, ‚weissst du wir gehören nicht richtig dazu‘ oder ‚wir wissen nicht recht wohin wir gehören‘. Oberärzte, Pflegende und auch Psychiater haben immer zu einem fixen Team gehört. Es gab die Psychose-Abteilung, da sind zwei Abteilungen zu einer zusammen gewachsen, das hat nicht gut geklappt und da war auch das Sozialarbeiterthema ein grosses, wo gehörst du hin, was ist genau dein Job. (306-322)

Das war eben schon, wie am Anfang gesagt, ein Assistenzarzt und auch eine routinierte Pflegefachfrau haben das Wissen und Knowhow nicht von einem Sozialarbeiter. Ich bin noch drei Jahre in Münchenbuchsee gewesen und da war es klar über Arbeitgebergespräche, Geld, das haben alles wir Assistenten gemacht. Und ich musste das dann auch ein Bisschen lernen, dass ich das abgeben muss, aber heutzutage ist das nicht mehr realistisch. Begleitung, die nicht pflegerisch oder medizinisch ist, liegt weitgehend beim Sozialarbeiter. (327-339)

Es gab immer Themen, da konnte man zusammenarbeiten, das waren eher so Einzelbegegnungen, wenn man gemeinsam eine Weiterbildung besucht hat. Viele hatten Spezialgebiete, solche Einzelfiguren und die haben Lager organisiert in Spanien oder Theatergruppen. (412-418)

Es ist ja schön, dass ich so studieren muss.

(lacht)

Was das Schlechte worden ist oder was das Problematische worden ist. (...) (..) Was ich schon angedeutet habe, wo ich mir nicht sicher bin, wie gut sie integriert sind. Ob es da auch Schwankungen gibt.

Mhm.

Das darf ich natürlich nur in Klammer sagen. Ich denke, dass die ärztliche Dominanz eher wieder zugenommen hat in der letzten Zeit. (442-452)

Als ich noch Chef war, waren die Sozialarbeiter einmal von Winterthur (Retraite wahrscheinlich) nachhause gekommen und wie ich vorher gesagt habe, hatten sie bei gewissen Oberärzten wenig zu sagen, sind sich als Befehlspersonen

fänger vorgekommen, nicht Entscheidungsträger. Sie hatte das Gefühl sie müssen einfach immer machen, ihnen wird etwas gesagt und können wenig entscheiden. Sie sind mit der Idee zurückgekommen, von allen Patienten, die eintreten wird ein Sozialstatus gemacht und nachher entscheiden wir, ob wir bei diesem Patient engagiert sind, ob wir einen Auftrag haben. Die Begeisterung war nicht so gross, auch von mir nicht. Dann haben sie das wieder zurück gestellt und später ist es wieder gekommen. Ich dachte es ist der falsche Ansatz. Das sich Sozialarbeiter quasi selbst den Job, den Auftrag suchen müssen, aber es hat auch Argumente gegeben, wie ein gutes Team eine gute Oberschwester, ein guter Oberarzt haben gemerkt, wenn es etwas gebraucht hat. Ja wenn es gute sind, dann stimmt das aber wenn es nicht gute sind, Entschuldigung für den Ausdruck, aber dann sind wir am A****.

(lacht)

Die wurden nie gehört. Aus dem heraus ist das entstanden. Im Moment ist das wieder weg.

Ist kein Thema mehr.

Ja. Dort haben sie versucht Kompetenzen zu erlangen und auch mitzureden. (472-504)

Ja vom Oberarzt. Nein halt. Theoretisch, bspw. im TAM, da war das klar, da hat man zusammen gesprochen. Dann war das ein Gespräch mit dem Sozialarbeiter zusammen, bspw. Auch Indikationsgespräche habe ich mit SAR zusammen gemacht. Aber es geht natürlich darum, ob man Entscheidungen mittragen oder tragen kann oder nur Befehlsempfänger ist. Bei denen, die es nicht gut hatten, war das ein reisen Frust. Und da zweite Thema, das auch ist, ist die Fallführung. Bis vor 5, 6 Jahren war es ganz klar, dass nur ein Arzt die Fallführung übernehmen kann. Jetzt sind auch die Psychologen dran. Die Frage ist, ob das auch einmal ein Sozialarbeiter sein könnte. Im Moment glaube ich nicht. In der UPD und teilweise in Suchtkliniken weiss ich, das Sozialarbeitende teilweilweise die Fallführung hatten. Ich denke auf der Akutklinik, mit Akutdepressiven, Akutschizophrenen, da war es mir wichtig als Arzt. Da muss man therapeutisch ausgebildet sein, sonst kann man nicht viel machen. Aber in anderen Bereichen könnte ich mir gut vorstellen, das Sozialarbeitende die Fallführung übernehmen.

(506-530)

H.F. Wegen dem profitieren noch, ich denke primär sicher die Patienten. Ah nein, das stimmt natürlich schon auch, gerade die Assistenten, haben es natürlich am Anfang nicht so gerne abgegeben, aber sind sicherlich entlastet worden. Und es war manchmal lustig, auch Pflegefachleute haben das nicht so gerne abgegeben. Gleichzeitig hatten sie jedoch mit Überlastung zu kämpfen. Darum ist profitieren ein Bisschen fraglich, es war nicht immer ganz einfach, aber sie konnten es abgeben. (545-555)

Beispielsweise eine Stelle zu suchen, für eine Wohnung zu schauen.

Das waren vorher die Assistenzärzte und

Jaja die haben..

..die Pflege gewesen?

..das oft gemacht. Beispielsweise auch Arbeitgebergespräche oder geschaut hat, dass es mit der Mietkaution funktioniert. Das man beraten hat, wo zu suchen, wie könnten sie vorgehen. Gut, finanziell bin ich nie gut gewesen. Ja konkret, die Ärzte vielleicht wieder nicht mehr, aber die Pflege ist oft mit jemandem etwas anschauen gegangen, hat die Wohnungsbesichtigung begleitet. Oder eben auch Beratung, mit gutem Menschenverstand, von Mensch zu

	<p>Mensch beraten. Ohne das spezifische Wissen. (559-575)</p> <p>Es hat immer Überschneidungen gegeben. Es braucht eine gute Führung, durch den Oberarzt der klar sagt, wer was macht. (633-636)</p> <p>Manchmal haben sich die Leute auch einfach etwas geholt. Ich muss das auch ein Bisschen böse sagen. Manchmal hat sich ein Sozialarbeiter ein Stück aus dem Kuchen geholt und manchmal die Pflege. In meiner Zeit als Oberarzt war am Rapport immer ganz klar, wer was macht und das wir weiterhin in Kontakt bleiben. Das war wichtig. Aber dass man gewusst, hat der macht das, die Pflege ist daran, der Doktor macht das. Früher, ganz am Anfang war das kaum ein Thema. Da ist man einfach zum Sozialarbeiter gegangen, wenn man Hilfe brauchte. Aber eben das war ganz eine andere Welt. Heute gehört der Sozialarbeiter dazu, früher war er einfach bei Bedarf dazu geholt worden und dann hat man gesagt, was man braucht. Dann hat man Aufträge gegeben. Heute wäre es theoretisch klar aber ich denke die Praxis ist nicht so sauber. Ich glaube, dass Sozialarbeiter heute noch kämpfen um den Teil, den sie machen müssen. Ich habe in all den Jahren komischer weise mehr gehört, man traut mir nichts zu. Ich habe selten gehört, man traut mir zu viel zu. Also bspw. das Unangenehme oder Schwierige hätte auf die Sozialarbeiter abgeschoben. Ich habe viel mehr gehört, ich werde zu wenig wahrgenommen, man traut mir zu wenig zu. (651-678)</p>
<p>Sozialdienst Auftrag und Funktion</p>	<p>Und da hatte ich das erste Mal Kontakt gehabt, weil manchmal war Sozialarbeit mitgekommen z.B. auf Meiringen oder auf Thun, sind manchmal Sozialarbeiter mitgekommen, wenn sie die Leute – das waren meistens Leute, die in der Klinik gewesen sind, die man nachbetreut hat – und die Sozialarbeiter haben manchmal etwas eingefädelt gehabt oder so, und dann haben sie wie nach.. das war eigentlich sehr modern gewesen, dass sie damals schon so Nachbetreuung gemacht haben. Oder wenn irgend eine neue Frage wegen Wohnung oder Arbeiten aufkam, da konnte ich sagen ‚du heute kommst der so und so in die Sprechstunde und der hat dieses Problem, kommst du mit?‘ und dann sind sie mitgekommen. Das war ein kleiner Teil, aber so habe ich sie erlebt. (43-50)</p> <p>Das waren so Figuren, die sind in der Klinik gewesen und die hatten ihr Büro und jeder wusste, dass wenn sie etwas hatten, das für den Sozialarbeiter war oder wenn man Hilfe brauchte, dann kann ich zu einem von denen, die waren nicht zugeteilt gewesen, richtig, so Figuren gewesen, noch gut integrierte Figuren, bei denen jeder wusste, was sie machten, das war noch speziell, früher hat man das noch nicht so gewusst, aber bei ihnen wusste man, das waren Sozialarbeiter. Wenn man ein Problem hat, sei es mit Geld, mit Wohnen, mit Arbeiten, brauchst du Hilfe, dann kannst du dich dort melden. (55-78)</p> <p>Und jetzt kommt noch das zweite dazu. Wichtig war, dass man realisiert hat, dass man psychischkranken Menschen auf breiter Ebene helfen muss. Es ging nicht in erster Linie darum, Medikamente abzugeben und dann sind sie ruhig oder gesund, dass sowieso eher nicht, man kann nicht nur sagen, dass die ganze Pflege wichtig ist, sondern sein Leben und quasi seine Lebensqualität, hat ja enorm mit seinem sozialen Leben zu tun gehabt. Und dieses Bewusstsein ist enorm gewachsen. Am Anfang dachte man, ich gebe dem Medis und dann geht er nach draussen und es geht weiter. Dass man begonnen hat zu denken, die Lebensqualität ist etwas entschiedenes. Die</p>

Lebensqualität kann man nicht nur den Sozialarbeitern zuschreiben, aber ich denke ihr Anteil war ganz wichtig oder ist ganz wichtig. Mitte, Ende 80er Jahre habe ich eine Systemtherapie-Ausbildung gemacht, also ich bin Familien-System-Therapeut und da ist mir ganz klar geworden, wie das Wissen und das Knowhow von Sozialarbeitenden auch entscheidend hatte mittragen können. Beim Gesundwerden, das ist ein Bisschen ein heisser Begriff in der Psychiatrie, aber die Lebensqualität, auch von der Familie wie auch vom Individuum, da war es ganz entscheidend. (..) (168-289)

Ein grosser Nachteil ist die Nachbetreuung, unsere Sozialarbeiter konnte Leute hier betreuen, sie gingen nach draussen, diese Spannweite, von in der Klinik bis nach draussen, mache ich soziale Arbeit. Das war unheimlich wichtig. Das gibt es heute praktisch nicht mehr. Leute treten aus und dann gehen sie vielleicht in einen Stützpunkt. Das ist etwas, das schade ist. Die medizinische Betreuung ist auch nicht mehr, manchmal kann man überlappend etwas machen, aber es wechselt immer. Die Begleitung draussen, vor Ort, war die grosse Chance gewesen, Sozialarbeiter hatten immer das Gespür auch zu den Leuten nach Hause zu gehen. So diese Nähe und mich dünkt es auch eine angstfreihere Beziehung, die sie hatten. Gerade beim TAM konnten sie nachbehandeln. Ich denke – nein das kann man nicht sagen – es war eine gute und unkomplizierte Beziehung. Sie war nicht durch Schuldgefühle oder Medizin belastet, sondern die Beziehung von Mensch zu Mensch, wo man handfest am gleichen arbeitet, das ist für Sozialarbeiter sehr gut möglich. Das ist das absolute Kredo, ohne Beziehung geht nichts. Als Sozialarbeiter ist es vielleicht das absolut wichtigste, das du eine Beziehung zu dem Mensch findest. Du kannst noch so gescheit sprechen und mit der Bank und dem Arbeitgeber, ohne Beziehung zum Menschen hast du keine grosse Chance. Es gibt viele Sachen, da ist etwas gegangen. Wohnen, Arbeiten, früher wahrscheinlich mehr noch erster Arbeitsmarkt, der geht immer zurück und jetzt wo ich mit geistig behinderten Menschen arbeite, sowieso nicht mehr. (339-374)

Und eben das Arbeiten war ein grosses Thema, jetzt vielleicht eher im zweiten Arbeitsmarkt. Früher war auch spezifisch das Suchen von Altersheimplätzen, Alters-psychiatrie ist auch Soziale Arbeit gewesen. Die Ruth war sehr gut. Die hat alles gekannt. (392-397)

Das sind so Themen wie Wohnen, Unterbringungen. Teilweise ging es auch um enge finanzielle Fragen oder Themen wie umgehen mit Schulden und Budget machen. Aber auch die Themen Versicherungen und IV. In dem Dschungel ist es manchmal schwierig sich zurecht zu finden, dort eine klare Haltung und Meinung zu haben, klare Informationen zu haben. (404-412)

Genau, zusätzlich. Wo sie gesagt haben, das ist etwas das ich mache. Ah etwas wichtiges hätte ich fast vergessen. In den 80er, 90er Jahren sind diese Selbsthilfegruppen entstanden. Das wurde ganz massgeblich von en Sozialarbeitern ausgekommen. In Thun, Langnau, Burgdorf, hat es die sogenannten Clubs gegeben. 61..

Club80 habe ich glaube ich einmal gelesen.

Ah ja. Das war ganz wichtig. Sie konnten so die Selbsterfahrung, häufig von Leuten, die in der Klinik waren, nicht ausschliesslich aber häufig. Bei den Alkis gab es die Anonymen bereits vorher. Das zu organisieren, zu betreuen und wirklich vor Ort zu sein, das haben die Sozialarbeitenden auch gemacht. Auch in Münsingen selbst, im Schlossgut gab es das. (420-435)

Es braucht Zeit sich im Raum, im Kanon zurecht zu finden, mit all den Heimen, den Institutionen, das braucht Zeit und ist ein enorm grosses Kapital der älteren Sozialarbeiter. Die haben das letzte Bett gekannt und das war sehr viel Wert. Der Horizont wird immer wie grösser, aber es ist sehr viel das man kennen lernen muss. Gerade mit Heimen, etwas überspitzt gesagt, kann man nur so gut zusammenarbeiten, wenn man die Leute kennt. Wenn man die Heime und ihre Vertreter kennt, kann man gut zusammenarbeiten. Das ist das grosse Kapital, das muss sich ein Sozialarbeiter anschaffen. (575-588)

Ich denke das grosse Kredo ist das von der Beziehung. Wertschätzung und etwas, was man heute fast nicht mehr sagen darf, man muss Leute auch etwas gern haben können, oder?

Mhm.

Und da habe ich viel gelernt, gerade auch von Herr Weibel. Er konnte den Besoffenen, das darf man ja fast nicht mehr sagen, das Gefühl gegeben sie seien doch noch jemand. Das war immer die oberste Maxime, gerade auch im TAM und auch im Team. Jedem Mensch der kommt, wird erst einmal Wert gegeben. Weil wenn du keinen Wert hast, nichts wert bist, kannst du auch nichts verändern. In der Psychiatrie kann man gut über Beziehungen arbeiten. Das ist ganz wichtig.

(602-618)

Man könnte sagen, warum erst in den 70er Jahren. Nein ich denke es ging darum, dass man bemerkt hat, dass es neben der Pflege und der Medizin noch etwas anderes gibt im Leben eines Menschen. Früher hat man jemanden in die Klinik getan und der Kontakt von der Klinik nach aussen war herzlich wenig. Man hat ihn wieder ausgespuckt und wenn es gut ging, dann ging es gut und sonst nicht. Ich denke schon das Bewusstsein, das ein Mensch mehr ist als nur ein funktionierender Körper und Seele, sondern auch ein soziales Wesen. Diese Erkenntnis hat schon zugenommen.

Mhm.

Und natürlich die Rückkoppelung. Das wenn es einem Menschen sozial nicht gut geht, es ihm dann auch psychisch oder körperlich nicht gut geht, dass das eine Wechselwirkung hat. Das genügend Kraft und Ideen verwendet werden, um auch diesen Bereich abzudecken. Oder man könnte auch sagen – das klingt wieder banaler – die Klinik brauchte dringend Leute, die einen Heimplatz suchten. Aber wahrscheinlich hat man sich auch gesagt, wir müssen schauen, dass unsere Leute, wenn sie austreten etwas haben.

Man wollte ja auch die Aufenthaltsdauer reduzieren. Und die Austritte haben ja auch enorm zugenommen. Diese strukturellen Aspekte.

Genau. Aber da bin ich schon überzeugt, auch das Denken, dass es ein Nachher gibt. Daran denken, dass eigentlich draussen das entscheidende passiert. Das ist schon eng verbunden mit dem Sozialarbeiterischen.

(689-723)

Das sagt man oder schreibt man vielleicht nicht, ich denke wenn die Beziehung gut war, der Kontakt gut war, dann war der Sozialarbeiter wie ein Vorbild.

Mhm.

Eine Stütze, von der man wusste, der Gang zum Doktor ist immer schwierig gewesen, sowie ein Vorbild oder auch ein Feld in der Brandung. Wenn etwas passiert, kann ich mich an ihn wenden. Wenn eine gute Beziehung zustande gekommen ist, ist das schon etwas gewesen. Und etwas, das die Meisten als

	wichtiges Element empfinden, das Sozialarbeiter die Chance haben, ohne grosse Vorwürfe oder Schuldzuweisungen zu arbeiten. Die, also Sozialarbeiter haben ja auch mit Alkohol- und Drogengeschichten zu tun, mit viel Schuld in Führungszeichen oder auch mit richtiger Schuld, aber ein Sozialarbeiter muss nicht Richter sein. „Du bist so wie du bist und ich nehme dich so wie du bist, sagen können. Das ist eine Fassade vom Sozialarbeiter sein. Besonders bei Alkoholkern habe ich das viel erlebt, weil da praktisch alle in Schwierigkeiten waren. Das Thema der Schuld war bei Alkoholabhängigen immer. Komm so wie du bist, und ich helfe dir und begleite dich. (744-770)
--	--

16.6. Raster der Kategorien – Interviewanalyse M.M.

Therapeutische Veränderungen	
Gesellschaftlicher Diskurs	<p>Das kam davon, dass man Angst hat man spinnt, oder der man spinnt, da hat jeder Angst für psychischen Erkrankungen oder Depressionen oder Schizophrenen, wenn man dann Dinge macht, die nicht nachvollziehbar sind. Oder. Und dann war die Angst schon, früher war das ja ein Asyl, und die hatten immer einen schlechten Namen, die haben ja die armen Leute betreut, und vielleicht auch mit sehr wenig Mitteln. Oder. Und dann hat mich immer erstaunt, also in der neueren Zeit, also was Angehörige gesagt haben, den komme ich nie in der Klinik besuchen, schon wenn ich auf dem Parkplatz stehe bekommen ich Herzprobleme. Das habe ich nie begriffen. Und das haben ganz viele Angehörige gesagt, ich bekomme Angst und Zustände, und die hatten keine Psychiatriegeschichte. Das ist für mich schon ein Phänomen, dass man sich auch so wehren kann gegen etwas. Daraus kommt natürlich viel mehr Ablehnung als begründet ist. Das sind Ängste aus der Bevölkerung, die ich nicht ganz verstehe. Klar, von früher, das Publikum, da haben sie erzählt, sie hätten die Schreie gehört im Dorf oben, also als es die Medikamente noch nicht gab. Das geht einem schon sehr nahe. Wenn der um dich herum ist, dann kannst du das verstehen. Aber wenn du das hörst, der schreit 2 Stunden, das macht natürlich schon Angst. Und das ist schon irgendwie in der Bevölkerung. Das ist von früher. (440-471)</p> <p>Ja, von der Professionalität her glaube ich. Also die Angst, dass wenn du mal drinn bist, kommst du nicht mehr raus, das haben die Leute schon gemerkt, dass das schneller geht, als dir lieb ist, also die Kehrseite. Jetzt muss ich schon wieder raus, obwohl es mir noch gar nicht gut geht. So bei Aufnahmegesprächen, wie lange bleiben sie, das finde ich einen Affront, wenn du in die Klinik kommst, und der Austritt ist eigentlich schon das Thema im ersten Gespräch. Da kannst du ja gar nicht mehr ankommen. Und das ist heute Realität, und das ist, finde ich, auch ein Bisschen verheerend. Aber das atemlose, weist du, ich finde, alles, was die Gesellschaft gemacht hat, also zuerst hatten wir alles immer 20 Jahre später von Amerika reingenommen, die Gesellschaft, mit Verspätung, haben wir alles nachgemacht, und dann kam es in die Gesellschaft und 20 Jahre später war es dann in der Klinik. Oder. Und da ist die Psychiatrie eine Modeerscheinung wie die gesamte Gesellschaft. Die macht das einfach Jahre verzögert. (613-636)</p> <p>Das beste Beispiel ist mir das, dass man dann endlich begonnen hat, bauliche Massnahmen zu machen, nur weil der Wohlstand bei den Leuten war, kam er</p>

	<p>in die Familie, ist in die Klinik gekommen. Weil wenn du so lebst und dann kommst du in einen 12 Schlafsaal, irgendwann geht das nicht mehr, du kannst es gesellschaftlich nicht mehr vertreten oder. Aber wenn du zu Hause 7 Kinder ist, und du musstest immer 2 in einem Bett liegen, dann bist du wohl in einem 12 Schlafsaal, verstehst du? (640-651)</p> <p>Und das du zu Hause ein schönes Bad hattest, hatte man dann auch gefunden, da müsse jedes Zimmer eine Dusche hat. Also das Gefühl wie man lebt, den Wohlstand den wir haben, der muss zwangsläufig irgend einmal dort hinein kommen, oder. (655-661)</p> <p>Ja, den letzten beissen die Hunde, entschuldigung. Aber zuerst komme einmal ich, und wenn bei mir der Goldtopf überläuft, dann reicht es vielleicht für andere auch. Ja, als Mensch. (680-684)</p>
<p>Politischer Diskus</p>	<p>Aber später wurde der Druck der KK immer grösser. Das war damals noch nicht so. Und die KK macht dann dem Arzt Druck, und dieser muss dann, also ich weiss nicht wie es heute ist, immer wieder einen Bericht machen, und das macht Druck, der muss dann immer wieder Berichte schreiben, der würde ja auch lieber schreiben der wurde jetzt gestern entlassen, du dann musste er auch Druck auf den Sozialarbeiter machen, und dieser Druck ist natürlich gestiegen. Das hatten wir nie, kein Druck der KK, das hatten wir nicht. (240-251)</p> <p>Über die Reduktion der Bettenanzahl: Politisch, politisch, Druck der Kosten, so, also dass ist ja, das hat ja der Regierungsrat festgelegt, wie viele Betten die Psychiatrie hat, das ist immer, ich hatte das immer, mit den Jahren hat es immer mehr politische Einflüsse gegeben. Die haben immer mehr Beamte da drin, Sorry wenn ich das so sage, und die mussten etwas machen, und dann haben sie plötzlich die Psychiatrie entdeckt, und das kostet natürlich viel, und die Kontrolle der Kosten wurde natürlich immer grösser in den letzten Jahren (589-600)</p> <p>Über das Thema den letzten beissen die Hunde: Ja, mit dem neuen Trend des Sparens kommt das schon wieder. Ich habe sonst nicht das Gefühl so im Ansehen der Bevölkerung, dass es jetzt noch so ist, aber es kommt zurück, im Rahmen des Sparens, man spart dann bei denen, die sich nicht wehren. Oder. (697-702)</p>
<p>Öffentlichkeitsarbeit</p>	<p>Ja, die Freiwilligen, das sind Leute von aussen, da haben wir halt Leute gesucht, Besuchsdienste und so. Das ist auch Öffentlichkeitsarbeit, aber indirekt. Wenn man Freiwillige in die Klinik holt, die tragen das Bild dann nach aussen, die werden ja auch gefragt. Gute Vermittlung, welcher Freiwillige passt zu welchem Patient. Das konnte man bei den Langzeitpatienten machen. Besucherdienst. Für mich klingt freiwillige besser. Da hatten wir auch 40- 50 Leute zu den besten Zeiten. Und dass diese bleiben, haben wir dann</p>

auch Gruppenarbeiten gemacht mit diesen. (389-401) Auch die Patientenclubs wären hier zu erwähnen, ich habe sie jedoch in Auftrag und Funktion des Sozialdienstes genommen.

Über die Gestaltung der Freiwilligentreffen: Ja, man hat dann ein Thema genommen und dazu gesprochen und es hat dann ein Austausch statt gefunden. Vielleicht alle 2 Monate. Es gab dann einen fixen Tag. Dann haben wir zu Beginn noch selber Kaffee und Kuchen gemacht, bis dann die Hotellerie kam, das war am Anfang noch nicht. Das war am Anfang noch klein, da haben wir in einer kleinen Küche uns getroffen. Da sollte es noch Unterlagen geben. Ich glaube, Frau Dürrenmatt hat das angefangen und dann mir übergeben, und ich habe das dann mit einer anderen Sozialarbeiterin gemacht. Die jungen Sozialarbeiter haben das dann doof gefunden, mit denen alten Frauen da, und dann habe ich das mit der Oberschwester gemacht, und jetzt ist das wieder in der Sozialarbeit. Ja und ich hatte immer den Anspruch dass die auch etwas lernen, und dann ist man zusammengesessen und hat über ein Thema diskutiert und sich ausgetauscht. Oder sie haben ihre Anliegen gebracht und dann hat man das besprochen. Das hat beiden Seiten geholfen. Das hat Spass gemacht und da hat niemand gesagt das sei nicht gut. Diese Zeit war sehr gut, man hat uns einfach machen lassen. Vielleicht hat es auch einfach keine Reklamationen gegeben oder. (lacht)
(405-442)

Ich denke, man hat nicht viel gemacht. Im Verständnis der Familie natürlich schon, man hat gesagt, was man da machen könnte. Wie sie sich helfen könnten, Grösser eher nicht. Irgendwann hat es sicher mit Vorträgen begonnen der Ärzte im Dorf zusammen mit der Pro Senectute, aber da denke ich, hätte die Klinik mehr machen können, die haben das ein wenig verschlafen.
(478-487)

Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ja, das war viel. Also sicher das interdisziplinäre, man ist an die Rapporte gegangen, welche auf den Stationen waren. Zum das ganze, also den Patienten kennen zu lernen. Und die Ansichten von Arzt und Pflege zusammen zu bringen, und dann ging es hauptsächlich darum, die Entlassung, im weitesten Sinne vorzubereiten. Also Stellen suchen, Wohnung suchen, geschützte Werkstätten, jeweils auf dem Niveau des Patienten zu schauen, was braucht er für den weiteren Weg. (30-41)

Ja, eigentlich nur positiv, wir konnten uns ausbreiten. Es war absolut nichts da, oder. Es gab ein absolut rudimentäres Pflichtenheft. Das ist bestimmt noch irgendwo. Dort war riesig alles aufgelistet, was man so machen sollte. Das war bestimmt bei Herr Menzi auch schon, und das war bei ihm auch schon klar, dass Sozialarbeiter das machen (Hustet,...) (145-153)

(...) Ja, es gab dann auch die Ärzte, welche gemerkt haben, wie wichtig die Arbeit ist. Dass sie nur entlassen werden können, wenn auch für nachher geschaut ist. Das sie eine Wohnung und Arbeit brauchen. Dann hat man die Leute auch behalten, wenn diese Anschlüsse noch nicht klar waren. (199-205)

Über negative Aspekte: Ja, die gab es auch, Leute die das nicht wollten. Aber wir haben alle, die damals da gearbeitet haben, haben damals daran gearbeitet, dass man diesen Leuten sagt, wie wichtig die Arbeit ist. Ja schau das

braucht es. Wir waren damals alle per Du, und die Ärzte haben das damals auch gemerkt. Die Pflege hat das immer gesehen, aber wir haben es ihnen dann beigebracht, und die haben dann auch gemerkt, dass es gemeinsam geht, dass der Patient nur entlassen werden kann, wenn der Anschluss geregelt ist. Oder welche Statusprobleme hatten. Und wir Sozialarbeiter haben nie Statusprobleme gemacht, es war immer klar die waren Fallführend, es hat immer wieder auf dem Sozialdienst, als wir grösser wurden, Diskussionen gegeben, wir wollen auch fallführend sein. Ich wollte das nie, weil das ist so eine Institution, die ist ärztlich geführt. Da muss ich mich nicht anlegen, mit diesen Hierarchien (...) Das war immer wieder eine Diskussion, als neue kamen, mit einer anderen Ausbildung, aber ich denke, wir konnten das immer im Diskurs lösen. (212-236)

Man war natürlich auf alle angewiesen. Man musste die Patienten kennen, und das kannst du nicht, wenn du eine halbe Stunde im Büro hast. Wie viel er rauchen muss, wie die Medikamente abgebaut werden und so. Das musst du dann alles in dir drinn aufbewahren. Und dann kannst du eine Stelle suchen oder. Das du einschätzen kann, wann du loslässt, wie viel er arbeiten kann. Da musst du von den Professionen aufnehmen, das kannst du sonst nicht. (277-287)

Ja, mhm. Es hat bestimmt auch Situationen gegeben, in welchen sich der Sozialarbeiter in Dinge des Arztes gemischt hat, und das hat diesem dann nicht gepasst, und dann gibt es auch ärzte, denen das passt, das war halt individuell. Aber wir hatten schon einen anderen Fokus, einen gesunden, bestrebt auf den Austritt, und der Arzt hatte halt den medizinischen, die Behandlung der Krankheit. Dort kann man sich schon im Fokus sehen als Sozialarbeiter. (327-337)

Ja, der Doktor hat ihn dann einfach und entlassen, und dann hat man manchmal schon gesagt geht es noch, jetzt hat der ihn einfach entlassen (lacht). (342-345) Über die Entlassungen

Wir haben dann auch begonnen, die frischen Assistenzärzte zu uns einzuladen und ihnen unser Aufgabengebiet zu zeigen und erklären. Die Angst zu nehmen, wie wir die Arbeit und die Zusammenarbeit sehen. Dann gab es diese, die nie zeit hatten, die sind dann nie gekommen, aber bei den meisten war das ganze dann ziemlich kollegial. (351-358)

Ich habe das immer erlebt, dass das Personal gemischt war, sicher nicht immer, aber von dieser Zeit an schon. Ich war eine Frau und ich habe auf der Männerseite bearbeitet. Und Ärzte und Pflege waren schon lange gemischt und ja, da hat man sich einfach dran gewöhnt, dass da nur Männer waren. Dass war vielleicht auch noch erleichternd, man hat dann als man gemischt hat auch die negativen Seiten erlebt, als beide Geschlechter auf diesem Engen Raum waren, der Nachteil war, dass sich die Männer nicht gepflegt haben, und als die Frauen da waren, hat man sich eher ein Bisschen gepflegt, dass konnte man ziemlich schnell sehen, dass die nicht immer verlaust herumgelaufen sind oder. Andererseits hat es auf der geschlossenen Abteilung, wenn ein Patient aggressiv wurde oder so Fätzenmänner, da haben die Frauen dann schon Angst bekommen, oder viele Frauen hatten dann auch schon Gewalterfahrungen von zu Hause, und dann war dann noch einer oder ein paar, da haben wir dann schon oft gesagt, das ist nicht so toll, dieses Mischen. Auch Depressive und Aggressive, das hat nicht immer gut geklappt. Die Starken hatten auch eine Präsenz. Die Frauen wären vielleicht oftmals

	<p>wohler gewesen, wenn es nur Frauen gehabt hätte, es hat einfach beides vor- und Nachteile. Man muss das sagen. Es gibt kein so ist gut oder so ist gut. (448-478)</p> <p>Über verschiedene Menschenbilder: Ich denke schon, die Pflege war eher behütend, ob sie das heute noch kann weis ich nicht, das bezweifle ich, sie ging auch viel in die Sozialarbeit hinein, weil sie sich nicht begrenzen wollte, nur auf dieses Pflegerische, behütende, dass sie sich auch interessiert haben wie geht es mit dem Mensch jetzt weiter, sie hatten ja auch viel mehr Kontakt mit dem Patienten als der Sozialarbeiter und da kam man dann schon ineinander (...). Und der Arzt hat natürlich auch ein anderes Menschenbild, der versucht mit Medikamenten und Gesprächen zu flicken, und jetzt haben wir noch die Psychologen, die haben wir ein Bisschen vergessen, symptomatisch (lacht). Die fahren ihren eigenen Zug und die haben das auch immer gewollt und ich denke das ist heute noch so. Das haben wir die Akademiker, die ein Bisschen zusammenprallen. Das ist ihr Problem. Das kann man auch über die Jahrzehnte nicht lösen, dass jeder meint, er sei intelligenter. (805-827)</p>
<p>Sozialdienst Auftrag und Funktion</p>	<p>Also wir waren damals vier Personen, und ich weiss einfach nur, also ich hatte zu Beginn einfach 6 Abteilungen, oder, ja (...). Und das waren damals etwas über 20 Abteilungen, dann hat man, also jeder hatte ungefähr 5 bis 6 Abteilungen. Ist zuständig gewesen, gehabt ist ein falsches Wort. (51-57)</p> <p>Also, das hat es natürlich schon gegeben, dass ein Patient die Station gewechselt hat und man dann gesagt hat, da bleibe ich jetzt aber dran, weil ich der Beste bin, oder, ich gebe das hier nicht ab, weil es kurz vor dem Austritt war. (71-76)</p> <p>Ja. (...). Also der Anfang war diese Frau Mützenberger. Aber die war damals, also als ich angefangen habe, schon nicht mehr da, sie war vielmehr noch so eine Legende. Aber ihre Aufgabe war nicht in der Klinik intern, das waren voll, diese Ambulanten Dienste, die es gegeben hat, in Meiringen und Thun. Die ging mit dem Arzt zu diesen Ambulanten Stellen. Die waren vielleicht ein oder zweimal in der Woche offen. Und dann ging ein Arzt jeweils mit der Sozialarbeiterin an diese Sprechstunden, so hat man dem damals gesagt. Oder, und die waren dann in Thun, Zweisimmen, und, ich weiss nicht mehr genau wo sonst noch. (84-98)</p> <p>Mhm... Also ich glaube das hatte damit zu tun, dass dieser Dr. Hodel gekommen ist aus Bern, aus der SPD, mit anderen Professoren, das waren damals diese berühmten Sozialpsychiater. Und Herr Hodel hat dieses Wissen natürlich mitgebracht und das war ihm wichtig, die Sozialarbeit war ihm wichtig. Das hatte vielleicht mit ihm zu tun, dass er diese Wissen, für ihn war es selbstverständlich, dass Soziale Arbeit in die Klinik gehörte. Weil er von der Sozialpsychiatrie gekommen ist. (...)(...) (97-107)</p> <p>Ja, das könnte man so sagen. Der Sozialdienst hat erst, also, als ich gekommen bin, zu Beginn, da war diese Frau Dürrenmat,, und die war lange alleine, eigentlich nur auf der Männer, auf der Frauenseite. Damals gab es auf der Männerseite gar nichts. Und dann waren noch einige Andere, unter anderem dieser Rolf Weibel, er hat Alkoholfürsorge, also diese Alkoholfürsorge hat begonnen. Dann waren wir ein paar Jahre vier Leute. Er nur auf Alkohol, zwei</p>

auf Frauenseite und eines auf der Männerseite. So. Ja, man hat damals Männer- und Frauenseite gesagt. (113-127)

Bei denen war das einfach klar, dass wir das alles machen. Aber es hat niemand geschaut, wie wir das machen, und deshalb sage ich wir konnten uns ausbreiten. Es war genial, weil wir uns dann selber definieren konnten. Und es hat nie jemand gesagt, es sei nicht gut. Erst bei mehr Leuten muss man dann beginnen, es zu strukturieren oder. Und wir waren 4, und ich weiss nicht, warum wir dann plötzlich 6 waren, also Frau Dürrenmatt, sie hat sich damals so als Leiterin gesehen, von dem ganzen, weil sie am längsten Erfahrung hatte. Und plötzlich konnten wir dann zwei Leute anstellen, aber was hinter den Kulissen gegangen ist weiss ich nicht. Es war einfach klar, dass man Auftsocken musste, es war aber auch die Zeit, als die Aufenthaltsdauer schon wieder ein Thema wurden, als man die Leute nicht mehr so lange behalten und gepflegt hatte. Man hat dann befunden, die müssen wieder in die Arbeitswelt, die sollten nicht zu lange in der Klinik sein. Vorher war schon mehr diese behütende. Und das war auch diese Zeit in der Gesellschaft, als man das Gefühl hatte, die sollen nicht einfach nur hierher kommen und hier sein, die sollen auch halbgesund wieder arbeiten gehen. (158-184)

Ja, das kann man so sagen. Also das ist jetzt vielleicht ein Bisschen ein extremes Beispiel, aber ich hatte damals einen Patienten, der konnte in Ostermundigen arbeiten gehen. Dann bin ich zwei mal in der Woche eine Zeit lang um 07.00 Uhr mit ihm auf den Zug gegangen, damit er zur Arbeit fand. Bis er es dann selber könnte. Das ist heute abstrus. Der hatte einfach Angst, von wo weiss ich nicht. Und der wollte nicht aus dem Bett aber ich fand das gut. Und das fand niemand schlecht. In der Hoffnung das es dann mal geht. Und es hat niemand gesagt dass sei nicht gut. Das könnte man heute nicht mehr. (258-271)

Nein, aber es war auch eine Zeit, in welcher der Patient angerufen hat, und morgen konnte er arbeiten gehen. Oder. Das kennt man heute gar nicht mehr. Die sind dann vielleicht nach drei Tagen wieder gekommen, weil es nicht gegangen ist, aber gesucht haben wir selten. Oder weil sie nicht arbeiten konnten. Aber wir haben wenig Aufwand betrieben. (292-300) Hauptaufgabe sei es denn noch gewesen, die Leute weitest möglich auf den Austritt vor zu bereiten.

a, die ganzen Sozialversicherungen, das mit dem Geld. Von was lebt der Mensch? Oder man auch, und das war stark, die Gruppen aufgebaut. Der Club 80im Kanton, also diese Clubs, die sind alle im Kanton entstanden, ausser in Bern. Das waren alles Projekte von Sozialarbeitern oder Praktikanten, und die gibt es ja heute noch. Welche diese Entwickelt haben und am Ort angehängt. Diese Patientenclubs. Ausser das Gebiet der Waldau, da weiss ich nicht was die gemacht haben. Aber es gibt in der PZM Zeitung eine Auflistung all dieser Clubs. Alle wurden durch Sozialarbeiter der Klinik geboren. Die haben sich dann zurückgezogen, aber die leben heute noch. Und die ganze Gruppenarbeiten, wo es um Geld, Finanzen, Umfeld und so ging. Das war ja auch ein Ausbildungsgang an der Schule. Auch Zwischenmenschlich. Das hat die Klinik nicht so gewusst, dass hat die Klinik nicht wahrgenommen. Aber die haben uns machen lassen. (364-385)

Über die Familienpflege:

Ein grosser Prozentsatz kam aus bäuerlicher Umgebung. Und das hat heute

fast niemand mehr, der aus dieser Herkunft kommt. Da war man sich gewohnt, dass man Knechte und Mägde hat. Und dann sind diese Leute dann gerne wieder in ein bäuerliches Milieu zurück oder, ein Bisschen geschützter Arbeitsplatz, Familienanschluss oder. Und das ist für mich aus diese Sicht erklärbar. Diese Bauern hatten Zimmer, die hatten Platz, das war egal, ob die für 6 oder 7 gekocht haben, und dann haben sie so etwas dazuverdient oder einen billigen Knecht gehabt, so, also ich erkläre mir das so, dass das funktioniert hat. Die haben dann manchmal 6 Leute genommen, und die Leute konnten dann einfach dort ein Bisschen sein. quasi Behandlung abgeschlossen, der braucht noch ein Bisschen Betreuung, Hotel. Und dann sind einfach die Leute, die zu Bauern wollten, verschwunden. Und die Leute, wir hatten ja kein Zimmer, um jemanden aufzunehmen, die Wohnungen sind kleiner geworden oder die Ansprüche an die Häuser grösser. Es war dann vom Team nach der Pensionierung von Frau Dürrenmatt niemand mehr so dran aber ich glaube das kommt auch daher, dass der Bedarf nicht mehr so da war. (738-774)

16.7. Raster der Kategorien – Interviewanalyse P.K.

Therapeutische Veränderungen	
Gesellschaftlicher Diskurs	<p>Also die Einführung damals (lacht.) Phu. Also ein Zeitstrom, etwas, das sich etabliert, das kommt von aussen, wir können das hineinnehmen oder nicht, es gab mal eine Zeit, in der relativ viel Leute hinausplatziert wurden, man hat da grössere Stationen gelehrt. Man hat gesagt, Psychiatrie ist nicht Wohnen, das ist ein Spital. Es gab dann auch diese Wohnheime und ich vermute, kann das aber nicht erhärten, das man erkennt hat, das muss jetzt auch sein. Das braucht Energie. Da hat man das reingenommen. Möglicherweise hat man auch gemerkt, dass sich diese Arbeit, der Aufwand im therapeutischen Prozess grösser geworden ist, das man sagen musste, gewisse Dinge muss man auslagern, auf andere Professionen. Das sind ja jetzt auch wieder Themen. Das merkt man ja jetzt bei den Assistenten und den Psychologen. Aber ich war nicht in den Gesprächen diesbezüglich. Psychotherapie, Gruppenangebote sind gekommen 78, Rehabilitation, was sie sich da in diesem Konzept auf die Fahne geschrieben haben. Es gab viele, die da sicher noch mehr sagen könnten. (Lange Pause)</p> <p>Ich denke in der Psychotherapiestation war so als erstes Soziale Arbeit integriert, so richtig, aber ich kann mich nicht mehr erinnern, wer das war. Das musst du jetzt zu Kenntnis nehmen. Aber es waren dann auch die Assistenten, wenn sie Schwung hatten, die das angepackt haben. Damals hat man ganzheitlicher geschaut als Profession. (385-417)</p> <p>Lange Pause) Ich glaube schon, dass man primär, auch die Presse, nicht mehr auf diese Klischeegeschichten aus der Psychiatrie wartet. Es gibt auch viele, die freier darüber sprechen. Heute gibt es ja auch diese Peers, Begleitung von Betroffenen, und die haben ja auch den Auftrag, draussen anders zu sprechen, offen zu sein. Es gibt da schon gute Dinge. Angehörigenarbeit, wo die Betroffenen lernen können, darüber zu sprechen. Es gibt gute Feedbacks, auch Angehörige, die das gut erlebt haben, die auch gut über uns sprechen. Man ist da ja auch bestrebt, eine gute und sinnvolle Leistung zu bringen, da ist sicher ein Wandel im Gang. (...) (...) (...) Im Rahmen der Sparmassnahmen, das ist zwar politisch, aber Politik ist ja auch Gesellschaft, dass diese Solidari-</p>

	<p>tät, welche alle immer sagen, eigentlich gegenüber psychisch Kranken, und das sind ja die Schwächsten, das man wenns beim Geld knapp wird, diese dran kommen. Man hat da schon Verständnis, aber es zeigt sich dann schon, dass das vielleicht nicht stimmt. Das wirft schon ein spezielles Licht. Aber es gibt auch Entwicklungen mit der Dezentralisierung, den verschiedenen Angeboten, das sind Dinge, welche auch eine Durchlässigkeit zulassen. Psychisch krank sein heisst nicht mehr Psychiatrie, und das hilft uns natürlich schon ja. Wir werden anders wahrgenommen. Aber die eigene Abwehr gegen eine potentielle Krise, welche man machen könnte, das gibt man dann auch hinüber, dass man faule Witze macht. So wehrt man auch viel ab. Früher war ja der Stadthalter die Fuchtel des Gesetzes. Schon nur wenn man das über die Kantonsgrenzen schaut. Das ist ganz eine andere Struktur. In Basel muss das noch der Kantonsarzt machen, hier nicht. Der Wandel, das ist schon gut. Das war damals einfach anders. Dann bist du in Johanssen gelandet für ein Jahr, das war so angeordnet. Das ist heute anders, du kannst kommen und gehen, und dann packst die Chance vielleicht, vielleicht auch nicht. Du kannst dir immer wieder Hilfe holen. Das ist ein Wandel, und das entschärft auch die Situation für uns. Das ist gut. Natürlich gibt es auch immer wieder Patienten die dann nicht verstehen, was da mit einem gemacht wird. Die KESB hat immer noch etwas zu sagen. Aber es gibt schon ein anderes Bild. Es ist Strukturell anders, die Angebote sind durchlässiger. Man kann heute die Psychiatrie als Angebot sehen. Und das PZM nimmt dann Leute, die halt am Ende sind. In einem Spital bist du auch nicht die Person am Rande. Ich habe das Gefühl, die Presse ist wichtig, was die schreiben. (527-585)</p>
Politischer Diskus	
Öffentlichkeitsarbeit	
Organisationsstruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit	<p>Es ist schwierig, interdisziplinäre Arbeit und Sozialdienst zu trennen. In beiden Interviews kommt zum Vorschein, dass ein sehr grosser Teil der Arbeit auf die einzelne Person zurückzuführen ist, daher, wie sie im Team wahrgenommen wird und welche Weiterbildungen sie besucht hat. Dies müsste bei einer Analyse unbedingt berücksichtigt werden.</p> <p>Über die Einführung von Sozialarbeitenden auf den Stationen: Oder, in der Lehre hatte ich diesen Fokus nicht. Ich war mit mir beschäftigt und mit diesen Akutbehandlungen, mit den schwierigen Teamkonstellationen, wo du dich drin bewegt hast, das sage ich jetzt einfach so, und auf der Geronto war es wirklich nicht so da, 80-83 war ich dann bei Herrn Schläpfer auf der Station, da hat man auch modern gearbeitet für diese Zeit, würde ich jetzt sagen, aber dort kann ich mich erinnern an den Sozialdienst, mehr so gruppenmässig, aber ich kann das nicht abholen, aber als ich im Herbst 84 das Pavillon akut übernommen habe, dort hatte es Sozialarbeiter, (...) der eine war nur kurz da, dann (...) der war auch nicht so lange dort, im Rückblick, ich glaube die kamen alle nicht so rein, die hatten es schwer, ihren Platz zu finden. bei einem war es sicher auch eine persönliche Geschichte, der war auch selbst auch erkrankt und mit sich beschäftigt, dem einen oder den anderen beiden hat es nicht gepasst, die waren so Sozial, von Thun oder vom Ambulatorium, und das war nicht so, die sind nicht so reingekommen, das könnte ich jetzt noch so kritisch sagen, aber ich glaube das waren so diese (lacht), Vorarbeiter für den Stellenwert, um richtig hinein zu kommen in dieses interdisziplinäre Team, aber die sind dann glaub ich aus ihrem Anspruch der objektiv auch richtig war, gescheitert in dieser Konstellation. (70-101)</p>

Über die Etablierung des Sozialdienstes, wie das Organisationsspezifisch ins Rollen kam: Es kann sein, ich glaube dieser Dr. Hodel, das war nicht so sein Ding, der war Chefarzt (...). Mmmm, ja, so Gruppensachen waren die nicht so drin, es hat in diesem Sinne auch kein Behandlungsteam gegeben, es gab da kein Verständnis, die haben so punktuell ihre Sachen gemacht, ehm, aber dort durchaus engagiert, das kann ich mich schon noch erinnern, und die Oberärztin die wir hatten, ich glaube die hat die Sozialarbeiter nicht an den Rand gedrängt, aber man hat irgendwie, die (..) waren so delegiert, punktuell, wenn ich vergleiche mit heute, die sind ja voll drin, oder, und das ist ja schon länger so, und dann glaube ich haben wir die Ende 80er Jahre, hat man ja die ersten ganz grossen, das war eine spezielle Zeit, hat man ganz grosse Ausle-geordnungen gemacht im Sinn von Veränderung, da sind, hat man Vorarbeit für eine Re traite gemacht, in der man geschaut hat, wie will man, ehm, Be-handlung insgesamt, mit allen Aspekten, wie soll das aufgegleist werden, da gingen wir dann in Stalden im Schloss und haben da getagt, da hat man auch zusammen geschaut, frei phantasiert. Jetzt überlegt euch mal, wie viele Stel-len bräuchten wir, was habt ihr für Wünsche? Dann sind wir akut, oder in der ganzen Klinik, auf 80 Stellen mehr gekommen, was man dann also so wollte, zusammenphantasiert hat, kreative Tage waren das, und dort sind mir die Sozialarbeiter schon aufgefallen, die waren auch integriert, hatten auch ihre Ansprüche, dort habe ich sie wahrgenommen, so im Gesamtkontext drin, und dann sind auch, das war so die Zeit, da waren die Leute gekommen, an die mag ich mich gerne erinnern, die habe ich auch gut wahrgenommen, Frau Ritz und Frau Jung, die kamen da und sind bis vor kurzem auch da gewesen, und die waren voll drin. Die hatten auch Kraft in ihrer Persönlichkeit, waren modern geschult, hatten Zusatzausbildungen, und die haben sich dann natür-lich auch in einem gewissen Selbstverständnis positioniert, und waren dann auch, das war die Zeit, da ist der Sozialdienst auch eine Gruppe geworden. Es kann schon sein, dass es eine Zeit lang noch aus der Aussenwahrneh-mung noch Einzelkämpfer waren, oder, und das ist schwierig in jeder Diszip-lin, wenn du da ein Bisschen für dich, aber wenn du eine Gruppe bist, und das seid ihr ja jetzt Zweifellos auch, dann bis du, dann hast du eine ganz andere Kraft, kannst dich anders deklarieren, und in dieser Zeit ist das so ein Biss-chen aufgekommen, man hat das gemerkt, die hatten auch gemeinsame Sit-zungen, (...), die haben gute Kenntnisse, ergänzen sich auch gut, ich kann mich auch erinnern, so in Teamgesprächen, gerade mit Frau Ritz, die hatte immer gute Ideen reingebracht, so zum Beispiel Literaturhinweise, oder sie hat Fragen gestellt, immer sehr angeregt, und das hat uns gut getan, und die glaube ich haben auch den Link geschafft dass es dann breit, ehm, Sozialar-beit zu einem Selbstverständnis wurde hier. (105-172)

Das kann schon sein, ja, so habe ich das schon erlebt, hatte aber auch mit dem Team zu tun. Und durch die Steigerung der Komplexität ist das dann immer gefragter geworden. Das ist heute nicht mehr weg zu denken. Bedro-hung war es nicht, es hatte aber auch die andere Seite. Zum Teil hatten die schon Mühe, hineinzukommen, aber das hatte vielleicht auch mit ihnen zu tun, mir ihren Ansprüchen. Das gibt hier drin auch Situationen, da musst du dich einfach hineingeben, da kannst du nicht etwas 08.15 machen und es umset-zen, manchmal braucht es auch Hartnäckigkeit, Aushalten und so und dann auch ein nachhaltiges drann sein. Und ich denke, deine Vorgängerinnen haben das geschafft. Das war ein Terrain, welches noch nicht bearbeitet wur-de, und die haben sich das genommen, in einer guten Art und Weise begon-nen, es zu beackern. Aber es ist noch speziell, ganz früher war das glaub ich

nicht so, das war noch nicht immer so. (365-378)

Über die Auftragsklärung

Das weiss ich nicht, ich denke nicht, das man das auf dem Papier gemacht hat. Das ist aber eine wichtige Frage, interessant, ich kann dir das nicht sagen. Da waren alle integriert, die Oberärzte und so. Aber alle wurden geschätzt, andere Berufsgruppen. (...)

Was hätte Liselotte Gerber wohl gesagt? Keine Ahnung (Lange Pause). Es ist wahrscheinlich sehr individuell, und der Unterschied zu heute ist, dass sehr viel verdeutlicht ist auf dem Papier, und das war damals noch nicht so, da stand dir niemand im Weg wenn du einmal in das Gärtchen von jemandem getreten ist. Und das war auch in der Pflege so. Es war eine hohe Kreativität vorhanden in den 70er 80er Jahren, das hat auch die Soziale Arbeit betroffen, die Strömung war schon, also von uns, die Regeln wurden gekippt, die Ältern waren verunsichert, hatten aber keine Strategie, das hier aufrecht zu erhalten, ausser zu verharren oder, und für uns war so vieles offen. Viele Dinge haben wir gut gemacht, einige auch nicht, aber es war riesig gross, wo du dich ohne Leitplanken bewegen konntest. Es war einfach viel möglich auf vielen Ebenen, es gab viel, was man verändern musste. Und ehm, das hat auch den Assistenzarzt gegeben, die konnten viel machen, es gab viele kreative Alternative, so vor 68-er geprägte. Es gab Dinge, Venen frei legen, das hat man einfach gemacht, das gehörte aber ins Spital, man hat es trotzdem gemacht. Man hat sich gesagt, das können wir doch. Und heute sagst du, so etwas gehört ins Spital. Die Leitplanken waren einfach nicht so da. Aber jetzt noch einmal, ich habe das Gefühl, es war schon so, es ging um die Personen, welche ein Bild hatten, wo man gesehen hat, das funktioniert. Die haben Wirkung, die integrieren sich in ein Behandlungsteam. Das kam wirklich auch auf solche Dinge an. Die Drei die da waren, ich hatte schon Kontakt und habe gemerkt, die sind nicht glücklich, aber ich konnte nichts machen, ich würde jetzt nicht sagen, das sei primär bei uns gewesen, das hat auch an denen gelegen. (422-467)

Über die Persönlichkeit, welche es ausmache, dass man auch wahrgenommen wird, Trotzessen und Umbrüche.

Ja, vielleicht schon, es hatte viel mit ihnen zu tun. Es ist ja immer so, an einem Ort, wo du einsteigst, auch wenn da vielleicht vieles schief ist, du kannst nicht kommen und sagen ich habe das im Kopf und was ihr da macht ist scheisse, du kommst rein, integrierst dich mit deinen Grenzen, die du dir setzt, und dann kannst du Wirken, das Entfalten. Wenn du die Geduld nicht hast, und einfach kommst mit einer Meinung, dort war die Schiefelage von modernen Vorstellung, welche hier nicht umgesetzt waren. Ich habe mir dann viel überlegt, was machen wir falsch, aber vielleicht hatten die auch einfach nicht so Geduld, oder hatten das Gefühl, so will ich nicht arbeiten, und dann kann man gehen, das ist ja nicht falsch. Es brauchte einfach alles seine Zeit. Es brauchte wohl ein paar Trotzessen, bis das dann wirklich da war. Es gab viele Einzelgänger, jeder hatte da so sein Gärtchen. Sie waren alle so isoliert für einen Bereich. Man musste sich zuerst kennen lernen. Wir waren alle auch mit uns beschäftigt in diese Umbrüchen. (473-496)

Weiter über Persönlichkeiten und Umbrüche: Ja, vielleicht schon, es hatte viel mit ihnen zu tun. Es ist ja immer so, an einem Ort, wo du einsteigst, auch wenn da vielleicht vieles schief ist, du kannst nicht kommen und sagen ich habe das im Kopf und was ihr da macht ist scheisse, du kommst rein, integrierst dich mit deinen Grenzen, die du dir setzt, und dann kannst du Wirken, das Entfalten. Wenn du die Geduld nicht hast, und einfach kommst mit einer

	<p>Meinung, dort war die Schiefelage von modernen Vorstellung, welche hier nicht umgesetzt waren. Ich habe mir dann viel überlegt, was machen wir falsch, aber vielleicht hatten die auch einfach nicht so Geduld, oder hatten das Gefühl, so will ich nicht arbeiten, und dann kann man gehen, das ist ja nicht falsch. Es brauchte einfach alles seine Zeit. Es brauchte wohl ein paar Trotzessen, bis das dann wirklich da war. Es gab viele Einzelgänger, jeder hatte da so sein Gärtchen. Sie waren alle so isoliert für einen Bereich. Man musste sich zuerst kennen lernen. Wir waren alle auch mit uns beschäftigt in diese Umbrüchen.</p> <p>Hat auch ein Umbruch stattgefunden...</p> <p>Ja, das kam schon. Vor 68 gab es auch Abläufe, aber zum Teil sehr veraltet, knüppelhart, das hatte gar keinen Sinn, der Ablauf war im Vordergrund, nicht das Ziel oder Resultat, das habe ich auch erlebt, also nicht von der Sozialarbeit. Das musste dann auch mal verworfen werden. Damit man arbeiten konnte. Da war auch alles noch sehr funktional, da gibt es Geschichten. Es war dann gut, auch was etwas über Bord werfen zu können. Link Sozialarbeit: Die kamen rein und hätten Wirkung erzielen können, aber die ersten konnten das nicht. Es gab auch keine Gruppe, wo die drin waren, es gab keinen Boden für sie, keinen Rückhalt. Man konnte sie auch ein Bisschen ins Lehre laufen lassen. Ich kann das aber nicht sicher sagen. Ich weiss nicht, wo der Hase im Pfeffer da war, vielleicht war es auch einfach ein normaler Prozess. Die hatten bestimmt zu Beginn auch noch ein anderes Verständnis. (..) Es wurde dann schon immer mehr wahrgenommen. (Lacht). (473-521)</p>
<p>Sozialdienst Auftrag Funktion</p> <p>und</p>	<p>Also im 74 habe ich mit der Lehre hier angefangen, aber das habe ich nicht so abrufen können, was ich noch weiss, diese Frau Dürrenmatt habe ich wahrgenommen, als irgendwie, sie hatte so einen Status, einen Positiven, und der Weibel Rolf, der war im Suchtbereich tätig, schwergewichtig, und hat das auch aufgebaut die Therapie und diese Gruppen, den hat man natürlich wahrgenommen. Die waren beide um diese Zeit schon im PZM, so weit ich mich erinnern kann. Und dann eben diese Frau Schläpfer so um 78- 79, als sie damals eingetreten ist. Aber in meiner Lehre war ich hauptsächlich mit mir beschäftigt uns so, (...). Ein Praktikum hatte ich auf Akut, und es ist mir ein paar mal durch den Kopf, das war wahrscheinlich 75, damals hatte ich das nicht so wahrgenommen, ich weiss gar nicht, ob da jemand zugegen war. Das kann ich heute nicht mehr sagen. Aber, es ist zu dieser Zeit sehr viel über die Assistenzärzte gelaufen, aber ich kann das nicht wirklich erhärten und einfach auch diese, (...) also das ist alles so auch ein Bisschen die Zeit, die da vergangen ist, deshalb auch ein Bisschen verfremdet, da sind ganz viele gekommen, die auch ein Limit hatten, Patienten. Und ich glaube die hatten meistens auch einen Job oder waren gut vermittelbar, oder, so irgendwie vermutlich ab es damals auch arbeiten, welche nicht speziell eine Qualifikation benötigt hatten, das Thema Platzierung, Arbeitsebene scheint mir mindestens war nicht so (...), war in den meisten Fällen nicht so kritisch wie es heute ist. Das ist heute durchaus mehr Aufwand, die Leute entsprechend zu platzieren oder auf den Weg zu bringen. Das Phantasie ich so ein Bisschen zusammen. Ausser die Persönlichkeiten. In dieser ersten Zeit. Dann habe ich ja auf Geronto gearbeitet, Diplom 77 bis 80, und dann 83-84 ein Jahr (...), ich weiss auch nicht ob die Frau Schläpfer dann auch auf Geronto war, ob die da war</p>

oder ob die später war. Es ist für mich nicht so präsent. Als diese Frau kam, da war ich gerade diplomiert, hatte das Gefühl ich sei so im Schuss, hat es mich fast ein Bisschen irritiert, was kommt jetzt da, was ist jetzt da, es war einfach nicht vertraut. Aber auf Geronto waren die Leute, die sind dann auch meistens da gestorben, war eigentlich mehr palliative Pflege, ja, im Jahr sind da vielleicht 10- 20 Leute gestorben. Die durften dann auch dort ihr Leben beenden, ohne dass sie da ins Spital gingen. Es war auch kein Anspruch da. Oder. (7-52)

Das ist so aus meinen Erinnerungen, das war so in dieser Zeit, dass war diese Frau Ritz, die kam auch so um 90 herum, und war dann auch ziemlich rasch bei uns im Pavillon. Das hat mich dann schon noch speziell berührt, dass ich nicht wusste wann die angefangen, also nicht zeitlich genau, weist du, aber einfach den Einstieg von Sozialarbeit, ich kenne Frau Ritz gut, bin noch mit ihr verbunden, die war so eine potente Sozialarbeiterin, ehm, dass das nicht mehr (...). (Gemurmel) Die ist jetzt da, die hat so schmiss (Energie) reingebracht. Am Anfang hat es wirklich damit gelebt, als diese Leute dann gekommen sind, die einfach möglicherweise moderneres Verständnis hatten, ein gekläarteres Verständnis, die habe dann schon (..), haben diesen Übergang gemeistert, und dann, ehm, die weiteren Phasen aus meiner Warte sehr kontinuierlich, die waren einfach stabil gelaufen, das war lange, gebündelt, vertraut, Frau Jung, ich war noch in der Ethikkommission, die war auch da, hat sehr gute (..) persönliche Sichten reingebracht. Die hat man sehr kollegial wahrgenommen, auch in verschiedenen Gruppen, ich weiss auch, die hat, wir waren auch in den Weiterbildungskommissionen, als die quasi in einer gewissen Kreativität, die waren delegiert, hatten ein Mandat, haben die da Weiterbildungen für das Personal, so quasi (...), herausgearbeitet und vorgeschlagen, und das wurde auch durchgeführt, das war eine Zeit lang so, die war so in einer Gruppe, die ist dann aufgelöst worden, relativ ohne das man das von oben so klar abgeschlossen hat, die haben das so als entwürdigend erlebt, dass sie dann auch einmal weg waren, obwohl sie eine guten Job gemacht haben. Aber das haben sie auch gemacht, die Weiterbildungsgeschichten, (..) und ehm sonst auf akut habe ich den Wandel ihrer Tätigkeiten, ich glaube schon zu gesehen, dass sich das zunehmend, der Auftrag sich zunehmend, mehr Ressourcen gefordert hat. Das ist schon klar ersichtlich, dass viele Leute im sozialen Netz nicht mehr so aufgefangen waren, die sind da rausgefallen, brauchten Unterstützung, im Wandel auch mit dem Haus P, (...), war eine, die hat dann gewechselt, die habe ich nur kurz erlebt, und die hat da ganz eine klare und integrierten, die hat einen klaren Stellenwert, und die macht das so gut, die ist so gut drin da, auch in diesen Schnittstellen kann sie sich gut bewegen, ehm, also ich habe das Gefühl, wenn ich diese Zeit so überblicke, von da wo ich es unklar sehe, bis zu dem, wo ich eine Entwicklung beschritten habe, bis jetzt, der Umschwung ist schon eindeutig, aber das Team ist auch gewachsen, eine Zeit lang war schon dieser Umbruch, den man auch von aussen wahrgenommen hat, viele sind gegangen, andere sind gekommen, aber es läuft schon immer darüber, ob eine Teamintegration möglich sein kann, das ist, und das hängt auch von einem Team ab, kann auch von einem einzelnen abhängig sein, von einem Sozialarbeiter oder von beiden, aber es ist schon unbedingt wichtig, dass eine Teamintegration stattfinden kann. Damit man auch gemeinsam tragen kann, aber auch Dinge klären, Auftragsklärung muss einmal stattfinden, und es ist auch wichtig, habe ich das Gefühl, dass sich diese Sozialarbeitenden deutlich hineingeben, ich meine, da ist auch ein Teil noch beim einzelnen, wie gebe ich mich rein, wie kann ich auch, sagen ich habe Kapazität, ich habe auch erlebt, dass man gemerkt hat

das ist schnell einmal zu viel, oder man tut sich schnell einmal abgrenzen, aber da muss jeder die Grenzen aufzeigen können, das ist klar. (...). Wenn du gut integriert, aus der Sicht heraus, sind ganz viele Sozialarbeitenden, die lange hier sind, und das heisst, es ist sicher ein paar mal, sind Sachen nicht gut, aber im grossen und ganzen kann man da wirken und sich verwirklichen, wo Unterstützung da ist und so. (...), aber ich habe mir schon überlegt die Frage wie haben sie sich dann bewegt. Die haben sich da eine Nische gesucht, (Exkurs über Dürrenmatt, in welcher auch seine Schwester vorkommt, welche Soziale Arbeit in der Klinik gemacht hat).
(176-259)

Ich glaube es ist mittlerweile klarer, was stationäre psychiatrische Sozialarbeit ist, als es damals war, das würde ich jetzt sagen. (275-277)

Wenn wir das so ansprechen, was Sozialarbeiter jetzt so machen, das gab eine interdisziplinäre Entwicklung, welche da stattgefunden hat, ja auch, da gab es ja bestimmt positive wie negative Aspekte... durch diesen Einfluss einer neuen Profession.

Also negative sehe ich gar keine. Es gibt nichts negatives. Man muss einfach sehen, der Sozialarbeiter ist ja nahe beim Patienten, dort wo er dran ist, und er ist auch einer der eine Kontinuität bietet, der behandelnde Arzt ist ja tendenziell in der Ausbildung, ist weniger weit oder weiter, und Sozialarbeiter sind in einem Team drin, und die bieten für den Patienten aber auch für das Team, sind die eine der Säulen, also für das Team sicher, und trotzdem hat es noch so eine Qualität, so eine Aussensicht auf das ganze Pflorgeteam. Wir sind schon ein Bisschen anders entstanden, diese zwei Berufe. Aber ich habe das manchmal wahnsinnig geschätzt, wenn so Fragen gekommen ist, wie es so geht dann hast du dir überlegt, ja, wie geht es uns eigentlich, wie geht es mir eigentlich? Das kann man ja mal fragen. Und dann hast du diese leichte Aussensicht. Ich sehe eigentlich wirklich nichts negatives, im Gegenteil, es ist ein stützender Pfeiler. Und was ja heikel sein könnte, diese Abgrenzung, Schnittstellengeschichte, und da geht es wirklich darum, dass man, wenn man diese Behandlungsteams, das würde ja eigentlich vom Oberarzt delegiert, die arbeiten ja alle in Delegation, aber wenn man das, diese Struktur durchlässig gestalten kann. Man kann ja an den Rapporten sagen ja, wir machen ein IPR, da kommt ein Sozialarbeiter, oder man macht einen Rapport, und dann fragst du, hast du Kapazität, das ist so durchlässig, das ist sehr gut. (...) Einfach dieses Konkrete, ich finde das wichtig. (...) Ich habe einfach unterschiedlich schnelle Leute kennen gelernt. Man muss dann schon sagen können, hei ich bin da, und packe das an (Gemurmel).

Es ist auch wichtig für uns, können wir gewisse Dinge abgeben. Sozialarbeit ist aus meiner Sicht hier gut integriert. Es hat bestimmt immer auch mit dem Oberarzt zu tun. Ich glaube sie (...), ich denke es gibt einige, die sind selber auf ihrem Haufen, sind selber am strampeln. Aber das ist ja nicht das Problem des Sozialarbeiters. (...) Ich denke sie sind wirklich integriert. Und für uns auf der Pflege ist es auch gut können wir sagen, das können wir abgeben, es gibt dann nicht so einen Brei. Man kann das weiterleiten, abgeben. Und es gibt da richtig komplizierte Sachen, da musst du schon Kenntnisse haben über die Möglichkeiten, IV Sachen, das sind hochspezialisierte Dinge, und das tut mir gut, ist das hier drin abgedeckt durch Fachleute. Schlussendlich sind wir ja immer noch Anbieter, der Patient ist nicht genötigt, Hilfe anzunehmen, gewisse Dinge sagen wir schon, aber es hat jeder hier seine Freiheit. Das ist schon gut, das ist verglichen mit früher, sind auch die Fragestel-

lungen viel komplizierter, und sind auch die Anforderungen der Öffentlichkeit mehr da und komplexer als es damals war. Da war Sozialarbeit, das hat es vielleicht früher auch gar nicht so gebraucht.
(279-360)

16.8. Datensammlung - Anzahl der Hospitalisierten.

Jahr	Patientenzahl Ende Jahr	Gesamtzahl der Patien- ten während des Jahres	Austritte
1920	801	983	182
1921	834	1019	185
1922	844	1026	182
1923	856	1045	189
1924	870	1081	211
1925	878	1105	227
1926	888	1119	231
1927	898	1201	303
1928	946	1235	289
1929	961	1252	291
1930	973	1278	305
1931	1002	1288	286
1932	1017	1305	288
1933	1031	1256	225
1934	1046	1267	221
1935	1072	1276	204
1936	1115	1346	231
1937	1114	1409	295
1938	1138	1409	271
1939	1107	1438	331
1940	1097	1438	341
1941	1130	1530	400
1942	1096	1526	430
1943	1126	1580	454
1944	1129	1691	562
1945	1155	1713	558
1946	1154	1788	634
1947	1151	1773	622
1948	1137	1729	592
1949	1125	1823	698
1950	1117	1991	874
1951	1153	1896	743
1952	1173	1957	784
1953	1133	1975	842
1954	1089	1935	846
1955	1077	1742	665
1956	1103	1771	668
1957	1072	1842	770

1958	1089	1824	735
1959	1060	1850	790
1960	1050	1800	750
1961	1075	1817	742
1962	1029	1855	826
1963	1030	1927	897
1964	1029	1940	911
1965	1009	1935	926
1966	970	1936	966
1967	935	1778	843
1968	933	1799	866
1969	884	1734	850
1970	889	1821	932
1971	883	1865	982
1972	862	2027	1165
1973	842	1971	1129
1974	824	1905	1081
1975	811	1966	1155
1976	808	1919	1111
1977	793	1806	1013
1978	776	1734	958
1979	757	1806	1049
1980	629	1695	1066
1981	566	1567	1001
1982	572	1497	925
1983	524	1644	1120
1984	479	1489	1010
1985	485	1466	981
1986	499	1391	892
1987	475	1451	976
1988	453	1456	1003
1989	421	1435	1014
1990	390	1346	956

16.9. Datensammlung - Anzahl der Patientinnen & Patienten Ende Jahr

Jahr	männlich	weiblich	Gesamt
1920	395	406	801
1921	399	435	834
1922	409	435	844
1923	411	445	856
1924	417	453	870
1925	416	462	878
1926	433	455	888
1927	429	469	898
1928	470	476	946
1929	474	487	961
1930	487	486	973
1931	508	494	1002

1932	519	498	1017
1933	528	503	1031
1934	531	526	1057
1935	536	536	1072
1936	540	575	1115
1937	554	560	1114
1938	560	578	1138
1939	539	568	1107
1940	529	568	1097
1941	530	570	1100
1942	528	568	1096
1943	537	589	1126
1944	539	590	1129
1945	552	603	1155
1946	552	602	1154
1947	545	606	1151
1948	545	592	1137
1949	545	601	1146
1950	547	570	1117
1951	563	590	1153
1952	573	600	1173
1953	555	578	1133
1954	526	563	1089
1955	535	542	1077
1956	536	567	1103
1957	530	542	1072
1958	537	552	1089
1959	531	529	1060
1960	530	520	1050
1961	544	531	1075
1962	529	500	1029
1963	508	522	1030
1964	512	517	1029
1965	509	500	1009
1966	497	473	970
1967	481	454	935
1968	458	475	933
1969	442	442	884
1970	462	427	889
1971	454	429	883
1972	427	435	862
1973	424	418	842
1974	406	418	824
1975	418	393	811
1976	402	406	808
1977	401	390	791
1978	392	384	776
1979	378	379	757
1980	306	323	629
1981	269	297	566
1982	262	310	572

1983	232	292	524
1984	207	272	479
1985	209	276	485
1986	221	278	499
1987	220	255	475
1988	214	239	453
1989			421
1990			390

16.10. Datensammlung - Anzahl Patientinnen & Patienten in der Familienpflege

Jahr Anzahl Patienten in Pflegefamilien

1920	
1921	
1922	
1923	33
1924	34
1925	41
1926	46
1927	54
1928	50
1929	52
1930	66
1931	75
1932	74
1933	84
1934	88
1935	113
1936	126
1937	125
1938	123
1939	122
1940	106
1941	98
1942	102
1943	102
1944	99
1945	103
1946	115
1947	105
1948	105
1949	90
1950	88
1951	83
1952	89
1953	85
1954	74

1955	76
1956	74
1957	66
1958	75
1959	69
1960	67
1961	67
1962	67
1963	60
1964	56
1965	55
1966	48
1967	47
1968	48
1969	55
1970	47
1971	42
1972	38
1973	39
1974	36
1975	46
1976	42
1977	51
1978	58
1979	66
1980	63
1981	49
1982	44
1983	42
1984	44
1985	42
1986	41
1987	40
1988	42
1989	keine Angaben
1990	keine Angaben

16.11. Datensammlung - Anzahl externe Konsultationen

Jahr	externe Konsultationen
1970	4082
1971	6433
1972	5939
1973	8157
1974	9693
1975	13202
1976	13355

1977	13537
1978	12303
1979	13722
1980	14652
1981	16003
1982	16370
1983	16873
1984	15072
1985	14845
1986	13053
1987	11493
1988	4493
1989	keine Angaben
1990	keine Angaben

16.12. Datensammlung – Anzahl angestellte Sozialarbeitende

Jahr	Anzahl Sozialarbeitende
1970	0
1971	1
1972	1
1973	1
1974	1
1975	3
1976	3
1977	3
1978	3
1979	4
1980	4
1981	4
1982	4
1983	4
1984	6
1985	7
1986	7
1987	7
1988	8
1989	9
1990	8