

Hilde Schädle-Deininger

# **Der Geschichte eine Zukunft geben**

**Die Entwicklung psychiatrischer Pflege 1960 bis 1990**

## **Downloadmaterial zum Buch**

### **Auszug: Anlagen 1, 2 und 3**

Anlage 1: Die Rodewischer Thesen (1963).....	1
Anlage 2: Die Brandenburger Thesen (1974).....	5
Anlage 3: Interviews von drei Kolleginnen aus der damaligen DDR.....	9

# Anlage 1: Die Rodewischer Thesen (1963)



Sächsisches Krankenhaus  
für Psychiatrie und Neurologie  
**Rodewisch**

## Rodewischer Thesen

Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation  
23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch

### Empfehlungen „Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“

Je klarer über die klinisch-medizinische Führung des Kranken hinaus seine soziale Wiedereingliederung als ärztliche Aufgabe erkannt und bejaht wird, desto konsequenter müssen klinisch-medikamentöse Therapie und sozial wirksame Heil- und Betreuungsmethoden integriert werden in einer komplexen rehabilitationsgezielten Therapie. Moderne medikamentöse Behandlungsverfahren und aktive Soziotherapie, beide unter optimalen Heilbedingungen, bilden eine untrennbare Einheit im Denken und Handeln der Ärzte und des Pflegepersonals.

Bei den akut Kranken muss vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das „Antipsychotische“ hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein (Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben). Bei den chronisch Kranken gilt es, diese unter psychohygienisch positiv wirksame heilfördernde Bedingungen zu stellen, sich nicht mit der Auffassung von der Irreparabilität sogenannter, zumindest fraglicher Defektzustände abzufinden, sondern weit stärker als bisher die klinischen Heilmaßnahmen anzuwenden. Das Schwergewicht aller Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei den Kranken, die einen höhergradigen krankheitsbedingten biologischen, psychischen und sozialen Leistungsabfall aufzuweisen haben. Alle medizinisch-sozialen Rehabilitationsmaßnahmen – institutionellen oder administrativen Charakters – können erst dann als ausreichend angesehen werden, wenn es gelingt, die chronischen Verlaufsformen der Psychosen und die Ausbildung sogenannter Defektzustände – zumindest der graduellen Ausprägung nach – zu reduzieren und einen großen Prozentsatz von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen beruflich und sozial wieder einzugliedern, ihnen zu einem Leben in sozial verantwortlicher wie freier Verfügbarkeit zu verhelfen.

Hierbei ist Folgendes vordringlich:

1. Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der sogenannten Defektbildung ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung („komplexe Therapie“) reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaka über die vielfältigsten Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppenpsychotherapeutischen Verfahren: die Anwendung neuroleptischer Psychopharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kurzmäßig (kurzzeitig begrenzt hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert, sogenannte Dauereinstellungen) unter ständiger ärztlicher Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.

2. Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken „anders“ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwie-

genden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.

3. Die Rehabilitation wird erleichtert durch Profilierung der Krankenstationen mit jeweils besonderer Betonung der therapeutischen Inhalte entsprechend der Zusammensetzung der Patienten. Insbesondere sind die klinischen Stationen für akut Erkrankte von denen für chronisch Kranke zu trennen, wobei die jeweils besondere Struktur des Krankenhauses und die örtlichen Bedingungen gewahrt bleiben sollen. Ganz besonders ist eine Differenzierung von Jugend- und Alterstationen erforderlich. Bei verstärkter ärztlicher Besetzung und mit erreichter Bettenauflockerung werden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in dem ihnen zukommenden Maße auf entsprechenden Fachstationen Neurosebehandlungen übernehmen.

4. Durch planvolle Reorganisation und Modernisierung müssen die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken personell, materiell und institutionell in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen der modernen komplexen psychiatrischen Therapie zu entsprechen. Die noch bestehenden Unterschiede in den Haushalts- und Stellenplänen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern sind unberechtigt und müssen beseitigt werden.

5. Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem eng verbunden arbeitet, oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.

6. Dringend erforderlich sind Übergangslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muss die Errichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefordert werden.

7. Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.

8. Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur unbedingt erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muss darin zum Ausdruck kommen, dass alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen daraufhin zu korrigieren. In Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.

9. Durch die Ministerien für Gesundheitswesen sollte ein intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Basis über Fragen der psychiatrischen Rehabilitation organisiert und gefördert

werden. Durch das Vergeben von Forschungsaufträgen an psychiatrische Facheinrichtungen, die sich besonders intensiv mit den Fragen der psychiatrischen Rehabilitation befassen, soll die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Bereiches vorangetrieben werden, wobei den Fragen der sogenannten Krankheiten und dem Verhalten der Kranken außerhalb des Krankenhauses besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Forschungsarbeiten an psychiatrischen Facheinrichtungen des Gesundheitswesens sollen in Absprache bzw. mit unterstützender Beteiligung der regional zuständigen Hochschulkliniken vorgenommen werden.

10. Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit der medizinischen Facheinrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müssten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen. Jeder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sollte vor Übernahme einer selbständigen Tätigkeit sowohl mindestens ein Jahr in einer Hochschulklinik als auch ein Jahr in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus im Rahmen seiner Fachausbildung tätig gewesen sein.

#### Empfehlungen „Arbeitstherapie“

Die Arbeitstherapie ist ein Teil der Komplextherapie aller psychischen Erkrankungen. Sie wird ärztlich verordnet und ist eine therapeutische und rehabilitatorische Maßnahme. Im Rahmen der psychiatrischen Einrichtung stellt die Arbeitstherapie zahlreiche ökonomische Probleme. Dennoch ist der wirtschaftliche Wert dieser Therapie von sekundärer Bedeutung. Ihre Hauptaufgabe ist nicht, Werte zu schaffen, sondern dem psychisch kranken Menschen bei der Stärkung bzw. Integrierung seines Selbstbewusstseins und seines Kontaktstrebens zu helfen. Der Akzent liegt nicht auf der Quantität der Produktion und der Qualität der Produktion, sondern auf dem individuellen Erlebnis, wieder tätig zu sein und etwas zu schaffen, das seinen Wert auch für die Gesellschaft hat, d. h. Arbeitstherapie muss stets sinnvoll gestaltet werden und sollte schöpferische Kräfte wecken. In diesem Sinne gilt die Forderung SIMON's nach „aktiver psychiatrischer Therapie“ auch heute noch.

Notwendig ist frühestmöglicher Einsatz der Arbeitstherapie, unter Umständen schon während der körperlichen und medikamentösen Behandlung, jeweils nach Sachlage des Einzelfalles. Im akuten Stadium der Erkrankung kann auf ärztliche Anordnung die Arbeitstherapie (nach Babajan) in passiver Form angewendet werden. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen gewinnt die aktive Arbeitstherapie an Bedeutung. Das ärztliche Ziel ist, über die Arbeitstherapie eine frühestmögliche Entlassung des Kranken zu erreichen. Günstigenfalls führt die Arbeitstherapie zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess; stets sollte sie die Zurückführung in die prämorbid soziale Struktur des Erkrankten anstreben oder die Voraussetzungen hierfür schaffen. Die Arbeitstherapie soll möglichst von den ausgebildeten Arbeitstherapeuten angeleitet werden. Festlegung des Ausbildungsganges und des Berufsbildes für Arbeitstherapeuten ist notwendig.

Da die Arbeitstherapie eine therapeutische Maßnahme ist, kann der Patient im stationären Bereich lediglich eine Arbeitsbelohnung erhalten. Die Arbeitstherapie wird in den psychiatrischen Einrichtungen in verschiedenen Formen angewandt, z. B. zur Verbesserung des Milieus, sie kann in landwirtschaftlichen Arbeiten bestehen; zum anderen können Teilfertigungen für Industriebetriebe durchgeführt werden, die jedoch nicht an Produktionsauflagen und Termine gebunden sein dürfen.

Von Betrieben, die Arbeitsaufträge geben, ist die geleistete Arbeit entsprechend an die Einrichtung zu vergüten. Ein angemessener Anteil muss für Zwecke der Patientenbetreuung unmittelbar zur Verfügung gestellt werden.

Eine wissenschaftlich überzeugende Klärung der Wirkung der Arbeitstherapie ist noch nicht gelungen. Versuche in dieser Richtung bleiben so lange hypothetisch, bis die pathophysiologischen und neuropathologischen Grundlagen der Psychosen – insbesondere der endogenen – aufgeklärt sind.

Unsere bisherigen Therapieformen haben sich empirisch entwickelt. Dies gilt für die Arbeitstherapie ebenso wie für die Pharmakotherapie der Psychose. Es muss Ziel der Forschung sein, für die jeweiligen Krankheitsbilder die günstigsten arbeitstherapeutischen Möglichkeiten, die den größten therapeutischen Effekt haben, zu finden.

Ein Patient, der durch Komplextherapie gut gebessert ist und in der Lage ist, unter fachlicher Anleitung und Fürsorge gute Arbeit zu leisten, aber nicht in das häusliche Milieu entlassen werden kann, muss in eine beschützende Umgebung entlassen werden. Es sind hierfür neue, noch nicht überall gebräuchliche Lösungen zu finden, z. B. Kollektive in der Landwirtschaft, Wohnheime mit Arbeitsmöglichkeiten in Industriebetrieben und anderen Einrichtungen, z. B. Tagesstationen und Nachtsanatorien. Außerdem ist die weitere Einrichtung von Heilwerkstätten zu planen.

Ein Erfahrungsaustausch zwischen den sozialistischen Ländern über Möglichkeiten der Verbesserung der Arbeitstherapie ist notwendig.

#### Thesen zum Rahmenthema Kinderpsychiatrie

Teilgebiet Probleme des Schwachsinn

Eine völlige Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinn ist notwendig. Die Problematik ist heute wichtiger und aktueller als früher.

Es müssen wissenschaftliche Ergebnisse erarbeitet werden hinsichtlich Ursachenforschung, Behandlungs- und Erziehungsmethoden. Die Gesellschaft muss von den Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren, um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen.

Warum ist die Gesamtproblematik des Schwachsinn heute wichtiger denn je?

- a) Durch Rückgang der Säuglingssterblichkeit (Prophylaxe, Frühgeburten-Stationen) bleiben mehr geschädigte Kinder am Leben.
- b) Folgezustände von cerebralen Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die zum Schwachsinn führen, sind heute häufiger als früher durch die Erfolge der modernen medikamentösen Behandlung.
- c) Bedeutende Entdeckungen auf dem Gebiet der Schwachsinnforschung wurden in den letzten Jahren gemacht, die neue prophylaktische und therapeutische Wege zeigen, z. B. Stoffwechselstörungen durch Enzymdefekte (Prophylaxe bei Phenylketonurie).

Es müssen folgende Punkte erarbeitet werden:

1. System einer gut organisierten Früherfassung aller intellektuell und charakterlich auffällig werdenden Kinder.
2. Einrichtung von Beobachtungskliniken:  
Teamarbeit: zwischen Pädiater, Psychiater, Neurologen, HNO- und Augenarzt, Orthopäden, Psychologen und Pädagogen mit folgenden Aufgaben:
  - a) umfassende klinische Diagnostik
  - b) Festlegung eines Ausbildungs- und Förderungsplanes
  - c) Vorschläge zu einer guten Organisation einer Neuropsychiatrischen oder einer neurologischen und psychiatrischen Beobachtungsklinik.

## **Anlage 2: Die Brandenburger Thesen (1974)**

### **Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft**

Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig 26 (1974) Januar, 1, S. 50-54

#### **These 1:**

##### **Der Mensch entwickelt und bewährt sich in der Gemeinschaft**

Der Mensch ist sowohl in der phylogenetischen Entwicklung als auch in seinem Entstehen als Einzelwesen als Resultat des einheitlichen Zusammenwirkens von organischen, psychischen und sozialen Einflüssen zu betrachten. Eine Vielzahl von Forschungsergebnissen der letzten Jahrzehnte zeigt, daß auch soziale Störfaktoren zu erheblichen passageren oder bleibenden psychischen Veränderungen führen können (Untersuchungen an Verfolgungen des Naziregimes: Untersuchungen an langjährig Inhaftierten; Untersuchungen zu Fragen der sozialen Isolation: Abgrenzung des sogenannten „Anstaltssyndroms“).

In der Betreuung psychisch Kranker wurden diese Gesichtspunkte in der Vergangenheit zu wenig berücksichtigt. Anstelle des Gemeinschaftsprinzips herrschte weitgehend eine hierarchisch gegliederte Struktur in allen Bereichen vor, wobei die gemeinsame Gestaltung des Lebens im Krankenhaus in den Hintergrund trat und sich durch das Prinzip der Anordnungen nicht entfalten konnte.

#### **These 2:**

##### **Insbesondere psychisch gestörte oder erkrankte Menschen reagieren auf ungünstige soziale Einflüsse mit zusätzlichen psychischen Störungen**

Als wissenschaftlich gut erforschte, von den eigentlichen Krankheitsbildern abgrenzbare und durch das ungesunde soziale Klima in psychiatrischen Krankenhäusern hervorgerufene Störung bietet das „Anstaltssyndrom“ (Freudenberg) Einblicke in die Wirksamkeit sozialer Faktoren auf die psychische Gesundheit. Nach oft jahrelangem Verbleib im psychiatrischen Krankenhaus führt der Verlust des Kontaktes zur Außenwelt zum völligen sozialen Bankrott der Patienten, das u. a. in dem paradox wirkenden Verlangen gipfelt, das psychiatrische Krankenhaus nicht mehr verlassen zu wollen. Die Patienten werden unfähig, realistische Pläne für ihre Zukunft zu gestalten. Gleichzeitig treten psychische Störungen auf, die nicht mit der eigentlichen Erkrankung zusammenhängen, sich auf diese aufpfropfen und oft noch nachweisbar sind, wenn die Krankheit längst abgeklungen ist: affektive Störungen; herabgesetzte Ausdrucksfähigkeit (v. a. auf der verbalen Ebene); fortschreitendes Absinken der Arbeitsfähigkeit; Verschlimmern von eigentlichen Krankheitssyndromen (v. a. bei katatonen Psychosen).

#### **These 3:**

##### **Die aus der geschichtlichen Entwicklung ableitbare Struktur unserer psychiatrischen Krankenhäuser ist geeignet, zusätzliche Störungen hervorzurufen oder bestehende zu verstärken**

Die geschichtliche Entwicklung und die Organisation der psychiatrischen Großkrankenhäuser, die als Anstalten zur Ausgliederung der psychisch Gestörten aus der bürgerlichen Gesellschaft konzipiert waren (K. Dörner), zeigen, daß der soziale Aspekt bisher in der Behandlung der psychisch Kranken wenig Berücksichtigung gefunden hat. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden von Goffman entsprechend ihrer Funktion und ihrer Folgen für die Insassen in einer Reihe mit Gefängnissen, Arbeitslagern und Waisenhäusern gestellt und als „totale Institution“ bezeichnet. Diese „totalen Institutionen“ sind dadurch charakterisiert, daß

1. die Insassen nur beschränkten Zugang zur allgemeinen Bevölkerungsgruppe haben,
2. die Insassen in der gleichen Organisation schlafen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen,
3. alles unter einer einzigen Autorität geschieht,
4. eine grundsätzliche Spaltung zwischen Angestellten und Insassen besteht, die sich in scharf getrennten Haltungstereotypen gegenüberstehen,
5. Angestellte alle Entscheidungen für die Patienten treffen die selbst an diesem Prozeß keinen Anteil haben.

Mit der kasernenmäßigen Unterbringung wurde den psychisch Kranken die Möglichkeit genommen, sich sozial zu bewähren und wieder in die Gemeinschaft einzugliedern.

Zu diesem Unvermögen tragen drei wesentliche Mangelerscheinungen im sozialen Milieu der psychiatrischen Krankenhäuser bei:

1. der Verlust des Kontaktes zur Außenwelt,

## Anlage 2: Die Brandenburger Thesen (1974)

2. die erheblich eingeschränkte Möglichkeit des Patienten, an Entscheidungen über sein tägliches Leben teilzunehmen und

3. das zunehmende Verlernen normaler Arbeitsgewohnheiten (nach Freudenberg).

Damit ist das konventionell geleitete und in allen Ebenen hierarchisch strukturierte psychiatrische Großkrankenhaus mit seiner Organisationsform in unserer Zeit zu einem Hindernis bei dem Bestreben geworden, die Schranken zwischen psychisch Gestörten und der Umwelt abzubauen. Der Institutionalismus ist eines der Haupthindernisse für eine umfassende Rehabilitation der psychisch Kranken und für die Wahrung der Würde des kranken Bürgers. Infolge dieses anachronistischen Charakters ist die Institution „psychiatrisches Krankenhaus“ auch in unserem sozialistischen Staat oft noch ein Instrument, um die Gesellschaft von ihrer Verantwortung für ihre kranken Bürger zu entbinden.

### **These 4:**

#### **Die „Therapeutische Gemeinschaft“ zeigt einen gangbaren Weg zur Umwandlung der psychiatrischen Krankenhäuser in echte therapeutische Institutionen**

Für die Veränderung des sozialen Milieus der psychiatrischen Großkrankenhäuser, die die Eliminierung pathogener sozialer Einflüsse und unzeitgemäßer und zum Teil antihumaner organisatorischer Strukturen einschließt, bietet sich das Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaft“ (Maxwell Jones) an. Dieses Prinzip beinhaltet im Kern die Umwandlung der menschlichen Beziehungen zwischen Patienten und therapeutischem Kollektiv von gegeneinander stehenden in miteinander wirkende Gruppen und den Übergang vom hemmenden, streng hierarchisch gegliederten System der Anordnung und Unterordnung zur demokratischen Leitung mit einem weiten Spielraum der Mitsprache aller Mitarbeiter und Patienten.

Die von Maxwell Jones geforderte „therapeutische Kultur“ beinhaltet, daß jede, auch die alltäglichste Funktion auf ihren Sinn und ihre Wirkung auf die Therapie zu überprüfen ist, alle Vorkommnisse müssen gemeinsam besprochen und analysiert werden; alle Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft, insbesondere die Angestellten müssen von der Erkenntnis durchdrungen sein, daß die Gemeinschaft selbst und das Auftreten jedes einzelnen therapeutisch oder antitherapeutisch wirkt.

Jedem Mitarbeiter muß eindeutig sein neuer Ort in dieser Gemeinschaft zugewiesen werden; der Wandel der Aufgaben der Ärzte einschließlich der Krankenhausleitung, der Schwestern und Pfleger, der Verwaltungsangestellten und der Handwerker muß sichtbar gemacht werden; der neue Inhalt ihrer Tätigkeit muß klar umrissen sein. Von vornherein muß versucht werden, den Verlust der bisherigen Rolle der Mitarbeiter und der Patienten in sinnvoller Weise durch die neue Rolle zu kompensieren.

### **These 5:**

#### **Die Behandlung und Wiedereingliederung der psychisch Kranken kann nur so gut sein, wie es die Gesellschaftsordnung ist, in der sie leben**

Die bisherigen Gesellschaftsordnungen konnten im Geisteskranken nur den „alienus“ (den Nichtzugehörigen, Nichtangepaßten, Abtrünnigen, Fremden, Nichtnützlichen) sehen. Der Gedanke, diese andersartigen Menschen als Ballast der Gesellschaft auszugliedern („unterzubringen“), dominierte in den vorsozialistischen Gesellschaftsordnungen vor den kurativen Bemühungen. Diese Bestrebungen wurden während der faschistischen Herrschaft zum Exzeß, als Tausende psychisch Kranker als „lebensunwert“ ermordet wurden. Erst in der nichtantagonistischen und klassenlosen Gesellschaft kann sich eine wertneutrale und humanistische Einstellung zum Geisteskranken durchsetzen.

Therapeutische Gemeinschaft kann nicht eine abstrakte demokratische Provinz, sondern nur Abbild der umgebenden Gesellschaft sein. Daher ist eine wahre therapeutische Gemeinschaft mit umfassender Demokratie im psychiatrischen Krankenhaus nur im Sozialismus möglich. Um die Gesellschaftsbezogenheit dieser wichtigen und notwendigen sozialen Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenhäuser erkennbar zu machen, ist es notwendig, den randunscharfen, vieldeutigen Begriff „Therapeutische Gemeinschaft“ genau zu umgrenzen.

Dazu gehört:

1. Das Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaft“ muß befreit werden von psychoanalytischem Beiwerk und theoretischen Begründungen, denen das Menschenbild der bürgerlichen Klassengesellschaft zugrunde liegt.

2. Der Begriff der „Therapeutischen Gemeinschaft“ muß mit dem sozialistischen Menschenbild und dem marxistischen Begriff der Persönlichkeit in Einklang gebracht werden.

3. Ebenso wie die Ziele, die mit der Anwendung des Prinzips der Therapeutischen Gemeinschaft verbunden sind, müssen die Grenzen bestimmt und die Gefahren erkannt werden.

## **These 6:**

### **Das Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaft“ ist kein Schema**

Die dogmatische Anwendung dieses Prinzips könnte dazu führen, neue Schranken aufzurichten und eine Scheindemokratie aufkommen zu lassen, die ebenso schädlich ist, wie es die bisherigen autoritär strukturierten Einrichtungen waren. Geschichtliche Entwicklung, lokale Gegebenheiten und personelle Voraussetzungen zwingen dazu, alle Starrheit zu vermeiden und jeweils gangbare Wege zur Verwirklichung zu suchen. Es gilt, die praktischen Möglichkeiten darzustellen, mit denen das Mitbestimmungsrecht von Patienten und Mitarbeitern in optimalem Maße verwirklicht werden kann. Derartige Formen könnten sein: regelmäßige Personalversammlungen in den verschiedenen Ebenen, größte Eigenverantwortlichkeit in allen Leitungsbereichen, Patientenversammlungen (in Form von Gruppenvisiten u. ä.), Patientenrat, Patientenparlament, gemeinsam aufgestellte Stationsordnungen und Krankenhausordnungen. Diese Maßnahme könnte dazu beitragen, das Krankenhausleben weitgehend zu demokratisieren und den Institutionalismus abzubauen. Die therapeutische Gemeinschaft entsteht nicht im Selbstlauf, sondern ist ein langer Umerziehungsprozeß, der eine aktive Mitarbeit erfordert. Die Wege, auf denen das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in jedem einzelnen psychiatrischen Großkrankenhaus verwirklicht werden soll, müssen eindeutig und detailliert festgelegt werden. Es bieten sich zwei Möglichkeiten an:

1. Nach entsprechender intensiverer Vorbereitung von Mitarbeitern (einschließlich Verwaltung, Funktionsabteilungen, Handwerker usw.) und Patienten könnte dieses Prinzip in differenzierterer Weise (in Abhängigkeit von der inneren Struktur und den unterschiedlichen Möglichkeiten der einzelnen Abteilungen des Krankenhauses) generell verwirklicht werden.
2. Nach intensiver Vorbereitung könnte das Prinzip zunächst in einer ausgewählten Abteilung angewandt werden, wobei durch die Wirkung dieses Vorbildes dann ein schrittweises übergreifen auf das gesamte Krankenhaus möglich wird.

## **These 7:**

### **Keine therapeutische Gemeinschaft ohne offene Tür**

Viele Erfahrungen haben gelehrt, daß der Übergang vom System der widerspruchslosen Anordnung zur eigenverantwortlichen Mitbestimmung, verbunden mit optimaler Selbstverwaltung und Selbstkontrolle die Möglichkeit schafft — bis auf wenige Ausnahmen —, sämtliche Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser zu öffnen. Die Befürchtung, daß sich die Selbstmordquote unter den Patienten erhöhen und daß sich die Entweichungen vermehren könnten, kann als unbegründet gelten. Die „offene Tür“ schafft erst ein echtes therapeutisches Klima im Krankenhaus, das uns gestattet, dem Patienten die stationäre Behandlung mit gutem Gewissen zuzumuten. Die notwendige quantitative und qualitative Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit einer engmaschigen Dispensairebetreuung und Früherfassung psychisch kranker Bürger wird die sogenannten „Zwangseinweisungen“ auf ein Minimum reduzieren helfen.

Die Therapie im psychiatrischen Krankenhaus darf niemals strafenden oder disziplinierenden Charakter haben, wenn, sie nicht entwertet werden soll. Wie die Anwendung aller Zwangsmittel (einschließlich der „Absonderung“), muß es heute als antitherapeutisch, wenn nicht antihuman gelten, einem Patienten wegen einer Unbotmäßigkeit oder wegen eines Vergehens Bettruhe oder eine Injektion zu „verordnen“.

Die Arbeitstherapie muß in den Wandel der Krankenhausatmosphäre einbezogen, werden, wobei sich der materielle Nutzeffekt dem therapeutischen Ziel unterzuordnen hat. In stufenweiser Steigerung muß sowohl in der Qualität als auch in der Quantität die Grenze der Leistungsfähigkeit der Patienten erreicht werden.

„Offene Tür“ bedeutet auch, daß die Rehabilitation in einer Weise verbessert werden muß, daß die stationäre Behandlung nur solange ausgedehnt wird, wie sie unbedingt erforderlich ist. Frühentlassungen mit qualifizierter Nachbetreuung sollten die Regel sein. Hierzu ist es dringend erforderlich, daß antiquierte Berufsbild der psychiatrischen „Fürsorgerin“ unter diesen neuen Aspekten zu überdenken und den Erfordernissen entsprechend aufzuwerten. Im Interesse der Therapie und der Rehabilitation der psychisch kranken Menschen darf das psychiatrische Krankenhaus nicht weiter ein Asyl für dissoziale und arbeitsscheue Bürger sein.

## **These 8:**

### **Die therapeutische Gemeinschaft hilft, das Vorurteil gegenüber psychisch Kranken zu überwinden**

Ein nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft umgestaltetes psychiatrisches Krankenhaus wird dazu beitragen, tief verwurzelte Vorurteile, Irrmeinungen und Abneigungen gegenüber den psychisch Kranken und den psychiatrischen Institutionen abzubauen.

## Anlage 2: Die Brandenburger Thesen (1974)

Naturgemäß muß mit der Veränderung der Einstellung zum psychisch Kranken im Krankenhaus selbst begonnen werden. Dazu sind Ausbildungsprogramme für Ärzte, Schwestern, Verwaltungspersonal, Handwerker usw. erforderlich. Gleichzeitig darf sich das Krankenhaus in seiner Aufklärung- und Überzeugungsarbeit aber nicht auf sich selbst beschränken, sondern muß in hohem Maße die Öffentlichkeit mit einbeziehen. Hierzu bieten sich vielfältige Möglichkeiten an: Vorträge (im Rahmen der „Urania“) vor den verschiedensten Gruppen der Öffentlichkeit (Brigaden, Schulen, Verwaltungen usw.); vermehrte Nutzung der Tagespresse und der populärwissenschaftlichen Zeitschriften; intensivere Aufklärung über Rundfunk, Film und Fernsehen; „Tage der offenen Tür“.

### **These 9:**

#### **Unser Bekenntnis zur therapeutischen Gemeinschaft schließt das Bekenntnis zum organischen Substrat auch der „endogenen“ Psychosen ein**

Das Bestreben, mit dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft optimale soziale Bedingungen im psychiatrischen Krankenhaus zu schaffen, ebnet den Weg zur optimalen Therapie der Erkrankungen und verhindert, daß sich nichtkrankheitsbedingte Symptome auf die Krankheitsbilder auflagern. Wir sind nicht der Auffassung, daß es sich bei den psychotischen Erkrankungen um „Soziosen“ handelt und meinen, daß sich der Psychiater stets auf den naturwissenschaftlichen Boden unseres Faches besinnen muß und sich nicht zum „Soziater“ umfunktionieren lassen darf. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Abgrenzung von spekulativen antinaturwissenschaftlichen und anarchistischen sozialpsychiatrischen Strömungen des westlichen Auslandes.

#### Verfasser

MR Dipl.-Jur. Dr. med. Siegfried Schirmer, MR Dr. med. Karl Müller, Dr. med. Helmut F. Späte, DDR-18 Brandenburg 12, Bezirksnervenlinik.

Quelle: Homepage der Sächsische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. <http://www.sozialpsychiatrie-in-sachsen.de/sozialpsychiatrie-in-der-ddr/21-brandenburger-thesen-1974>

## Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

Die DDR-Psychiatrie griff bereits sehr früh das Rehabilitationsanliegen auf, was die Rodewischer und Brandenburger Thesen belegen (siehe Anlagen 1 und 2). In den 1960er Jahren wurden sozialpsychiatrische Konzepte und Praktiken der Rehabilitation beschrieben. Bei meinem Besuch Anfang der 1980er Jahre in der Universitätspsychiatrie in Leipzig bei Prof. Klaus Weise konnte ich bei der morgendlichen Stationsversammlung keinen Unterschied zu uns in der BRD feststellen, der Tages- und Wochenablauf in der Tagesklinik war ähnlich.

In der zweiten Hälfte der 1970er Jahre begannen einige psychiatrische Fachkrankenhäuser der DDR ihren therapeutischen Bereich nach Prinzipien der territorialen Verantwortlichkeit zu organisieren. Im Jahr 1987 waren nach Schätzungen 11,5 psychiatrische Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner in der DDR mit Langzeitpatienten belegt. Diagnostisch handelte es sich um 41 % schizophrene Erkrankte und um 35 % intellektuell behinderte Menschen. Erhebungen in den Fachkrankenhäusern der DDR 1976, 1980 und 1985 ergaben eine ungenügende Tagesstrukturierung und unter rehabilitativen Gesichtspunkten indifferente Aktivitätsangebote. 1985 befanden sich im Vergleich zu 1976 pro 10.000 Einwohnern 2,5 Langzeitpatienten weniger in Fachkrankenhäusern, was weniger an rehabilitativen Interessen als vielmehr institutionellen Funktionsinteressen lag. Die DDR-Statistik wies 1986 pro 10.000 Einwohner 1,8 Plätze für geschütztes Wohnen aus, das waren zu diesem Zeitpunkt 3.050 Plätze.<sup>1</sup>

Die nachfolgenden Interviews führte ich am 30. September und 01. Oktober 2008 mit drei Kolleginnen aus Leipzig, sie behandeln jeweils eine Dekade des Zeitraums von 1960 bis 1990. Es handelt sich um drei Krankenschwestern, die in der DDR ihre Ausbildung gemacht und dort in der Psychiatrie gearbeitet haben. Für mich war interessant, ob die Themen in Ost- und West-Deutschland ähnlich oder gleich waren und welche Themen für die Kolleginnen im Nachhinein zentral waren. Aus Gründen der Anonymität werden die Interviewpartnerinnen mit Initialen abgekürzt. G. R. behandelt den Zeitraum von 1960 bis 1970, R. P. beschreibt die Jahre 1970 bis 1980 und S. O. die Jahre 1980 bis 1990.<sup>2</sup>

Alle drei Interviewpartnerinnen haben in Leipzig-Dösen gearbeitet. Das Krankenhaus wurde 1901 als Heilanstalt Dösen gegründet, nach dem ersten Weltkrieg wurde die Einrichtung zur Sächsischen Landesanstalt für Psychiatrie. In der DDR war es dann das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie Leipzig-Dösen. Die Klinik verfolgte schon früh den Ansatz der Milieuthherapie, wie aus dem Plan der Einrichtung aus dem Jahr 1959 hervorgeht: „Die Station soll für den Patienten einen angenehmen Aufenthaltsort darstellen und entsprechend nett ausgestaltet sein. [...] Auf Ausschmückung mit Blumen, Bildern, Gardinen u. a. ist immer mehr Wert zu legen, wobei der Eigeninitiative keine Grenzen gesetzt werden sollen, außer durch den guten Geschmack. Soweit Tagesräume bestehen, sind diese durch bequeme Möbel, Stuhlkissen, Tischdecken u. a. zu verschönern. Auch auf den übrigen Stationen ist durch gemütliche Sitzecken usw. mehr Behaglichkeit zu schaffen.“ Neben der Inneneinrichtung und Ausstattung der Stationen sollte auch der Zustand der Gebäude, die Qualität und Darreichung des Essens, die kulturelle Betreuung und das Verhalten des Personals zur Gestaltung der Behandlungsumwelt beitragen und damit alle ungünstigen Einwirkungen auf den Kranken ausschalten und positive Einflüsse wirksam werden lassen. „Das Krankenhaus und die Station sollen gerade länger festgehaltenen Kranken zu einem freundlichen Heim werden und die Schrecken des Kahlen, Eintönigen oder gar Düsternen ganz verlieren.“<sup>3</sup>

Die Interviews beginnen jeweils mit einer freien biographischen Erzählung des beruflichen Werdegangs und den Erfahrungen in und mit der Psychiatrie, zur weiteren Orientierung dienten die folgenden Leitfragen:

- Was ist für Sie gute psychiatrische Pflege?
- An welchen Kriterien wird gute psychiatrische Pflege gemessen?
- Welche Stellung bzw. Einflussnahme haben Betroffene in der psychiatrischen Pflege?
- Wie war bzw. wie haben Sie die Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen erlebt?
- Welche Versorgungsstrukturen gab/gibt es und welchen Einfluss hatte aus Ihrer Sicht die Pflege darauf?
- Welchen Stellenwert hatte bzw. hat ein Berufsverband bzw. Interessensvertretung auf die psychiatrische Pflege?
- Was hat sich aus Ihrer Sicht in den Jahren 1960 bis 1970, 1970 bis 1980 und 1980 bis 1990 in der psychiatrischen Pflege verändert, hinsichtlich der Qualität, der Identität und der Qualifikation?
- Was war für Sie in dieser Zeit besonders positiv, was besonders negativ?
- Was hat aus Ihrer Sicht gefehlt?

<sup>1</sup> Vgl. Uhle, M.: Zur Betreuung chronisch psychisch Kranker in der DDR – Erkenntnisse, Ansprüche, Realitäten und Perspektiven. In: Thom, M.; Wulff, E. (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel – Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie Verlag 1990, S. 243 ff.

<sup>2</sup> Die Interviews wurden in einem Leipziger Hotel geführt, auf Band aufgenommen, transkribiert und behutsam sprachlich geglättet, an beiden Tagen waren alle drei Interviewpartnerinnen zugegen. Da ich nur G. R. persönlich kannte, trafen wir uns bereits am Abend zuvor, um uns kennenzulernen.

<sup>3</sup> [http://www.leipzig-lese.de/index.php?article\\_id=645](http://www.leipzig-lese.de/index.php?article_id=645)

## Interview mit Frau G. R. am 01. Oktober 2008 in Leipzig

Schwerpunkt sind die Jahre 1960 bis 1970 in der Psychiatrie in Leipzig-Dösen

**H. Schä.-D.:** [Kurze Vorstellung des Interviewleitfadens und der Orientierungsfragen.] Fangen wir einfach so an, wie Du die Psychiatrie zwischen 1960 und 1970 erlebt hast und was Dir am meisten im Gedächtnis geblieben ist.

**G. R.:** Ja, ich bin also 1967 in die Psychiatrie gekommen, eigentlich erst ganz ungewollt, ich habe mich hier in diesem Bezirkskrankenhaus beworben, im Bezirkskrankenhaus Dösen, und wollte eigentlich in die Chirurgie und bin aber, ohne dass vorher das mit mir besprochen worden ist, auf eine psychiatrische Station gekommen. Und ich muss sagen, ich hatte damals wenig Wissen über Psychiatrie und hab mich eigentlich nicht so sehr wohl gefühlt, dass ich da hin sollte, und hab am Anfang auch große Schwierigkeiten gehabt, dort zu arbeiten, hab dann versucht, mich an den älteren Schwestern zu orientieren und auch versucht, meinen Weg zu finden, und das hat mich nicht so richtig zufriedengestellt. Aber es war eine Patientin, die mir eigentlich geholfen hat, da meinen Weg zu finden. Es war eine depressive Patientin, die nicht gegessen hat und verschiedene Sachen, also alles verweigert hat, und wenn ich die mittags fütterte, da kriegte ich immer nur ein paar Löffel rein. Eine andere, 'ne ältere Mitarbeiterin, die schaffte es, die Frau richtig zu füttern, richtig energisch. Und als sie dann aus ihrer Depression kam, hat die Frau gesagt: „Was war ich froh, wenn Sie da warn“, ich fragte: „Wieso denn?“ „Ja“, sagte sie, „das war ganz anders, wenn Sie mich gefüttert haben oder mit mir geredet haben oder mich überreden wollten zu irgend etwas.“ Ich hab gesagt: „Aber sie haben's doch gar nicht gemacht“, aber sie hat gesagt: „Es war so viel einfacher, ich hab mich so viel mehr angenommen gefühlt, und wenn die oder diese Schwester kam, dann hatte ich solche Angst.“ Und ja, das hat mir geholfen, also dass ich gemerkt hab, ach ja, meine Arbeit ist ja gar nicht so verkehrt, wie ich das mache, und dass ich dann so meinen Weg gefunden hab und dann viel besser unterscheiden konnte, was tut den Patienten gut oder was kannst du, wo kannst du dir Modelle suchen, wie du etwas machst, und ja, dadurch, das war so eine Sache, die das sehr, sehr unterstützt hat, meine Arbeit in der Psychiatrie und dass ich auch dort geblieben bin.

Ansonsten habe ich das erlebt, es war eine sehr große Station, auf der ich damals arbeitete, das waren 56 Patienten, alleine im Wachsaal waren schon 15, und ich wurde natürlich auch von den anderen Mitarbeitern ausgenutzt, weil ich die Jüngste und Letzte war, und ich wurde in den Wachsaal gesetzt, zur Beobachtung von diesen Patienten und immer zum Schreiben von den Berichtsbüchern. Aber, was ich da gut gelernt habe, ist Beobachtung und Kontakte zu den Patienten. Und wenn man sich überlegt, dass auf manchen Stationen heutzutage 16 oder 18 Patienten sind und ich saß da schon mit 15 alleine in diesem Wachsaal, was man auch so damals geleistet hat. Und gut, die Patienten, die waren wenig beschäftigt, wurden eben viele nur ruhig gestellt. Wenn ich außerhalb von dem Wachsaal gearbeitet hab, ist mir eben aufgefallen, dass die Patienten so wenig zu tun hatten, und ich hab dann auf der Station versucht, weil es mir auch zu langweilig war, immer dies Verwahren und dies Beobachten oder Berichte zu schreiben, dann hab ich angefangen, mit denen Morgengymnastik zu machen und Beschäftigung, und da hab ich eher so Spaß an meiner Arbeit gehabt, wenn man so was tun konnte. Ja, es war eine geschlossene Station, es waren die Ausgänge nur möglich, wenn wir dann in der Gruppe rausgegangen sind, also spazieren gegangen sind im Park und so. Und die Medizin wurde aufgelöst in solchen Medizingläschen gegeben, ohne dass die Patienten wussten, was sie hatten, ohne dass sie nachvollziehen konnten, ich denke auch manchmal, ja, wie viel bekomme ich, ja, oder wenn ein Fehler passiert wär, das konnte nicht nachvollzogen werden, es wurde alles aufgelöst und fertig.

**H. Schä.-D.:** Wie war überhaupt der Kontakt nach draußen? Weil Du gesagt hast, dass man, wenn man raus ging, nur in großen Gruppen raus ging, was gab es eigentlich sonst noch für Kontakte außer innerhalb des Bezirkskrankenhauses?

**G. R.:** Es gab keinen Kontakt nach draußen. Das Bezirkskrankenhaus lag ja am Rande von Leipzig. Wir hatten einen sehr schönen Park und da draußen waren ja mehrere Häuser, es war wie so eine kleine Stadt, aber die Patienten, während des Wochentages sind die so gut wie, nein, kann ich mich nicht erinnern, dass sie aus irgendeinem Grund dieses Gelände verlassen durften.

**H. Schä.-D.:** Wie war der Kontakt zu den Angehörigen?

**G. R.:** Geschlossene Stationen, die waren wirklich geschlossene Stationen, und die Angehörigen haben dann ihre Patienten abgeholt an der Tür, die wurden denen an der Tür übergeben, wenn es erlaubt war, dass sie rausgehen durften. Es ist mir nicht mehr erinnerlich, dass Angehörige auf die Station gekommen wären, also ich denke, das war eher die Ausnahme, dass jemand dort auf der Station besucht worden ist, ich denke auch, wenn sie am Anfang schwer krank waren, dann waren sie eben in dem Wachsaal.

**H. Schä.-D.:** Du hattest ja gesagt, dass dann Dir diese depressive Frau eigentlich sehr viel beigebracht hat. Wenn Du jetzt mal guckst, wie war das denn bei den Kollegen in Bezug auf die Stellung oder die Einflussnahme von Betroffenen auf das Geschehen oder den Ablauf auf der Station, konnten sie auch etwas beitragen oder vielleicht auch mal sagen: nee, so gefällt's uns nicht?

**G. R.:** Also ich denke, es gab einige Kollegen oder sehr viel Kollegen, die vom Alter her ... etwas älter waren, die das in Ordnung fanden, dass die Leute bevormundet worden sind. Oder damals wurde ja auch noch sehr viel EKB

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

[Elektrokrampf-Behandlung] gemacht, und das wurde sehr ... nicht sehr einfühlsam gemacht, leider, sehr traurig, das hat mich damals sehr erschreckt, ich bin zum ersten Mal mit diesen Sachen konfrontiert worden, und dass es für die anderen Mitarbeiter klar war, dass die Patienten beaufsichtigt werden müssen, dass die Patienten bevormundet wurden, und das ist denen gar nicht schwer gefallen, ich hatte eher den Eindruck, dass das ihnen manchmal etwas fehlt.

**H. Schä.-D.:** Also auch eher Macht ausüben?

**G. R.:** Macht ausüben, richtig. Ich habe manchmal drüber nachgedacht, jetzt sind die Schwestern so und so alt, dann waren die ja auch schon im Nationalsozialismus tätig. Und ich hab mich nicht getraut zu fragen, das muss ich ehrlich sagen, ich hab mich nicht getraut zu fragen, aber in meiner Phantasie hab ich manchmal gedacht, ja das sind vielleicht die Schwestern gewesen, die also damals schon die Patienten betreut haben.

**H. Schä.-D.:** War Dösen denn irgendwie verwickelt im ganzen Nationalsozialismus? Oder weißt Du darüber etwas? Dass auch im Nachhinein überlegt wurde, ob es eine Zwischenanstalt oder irgendwas war, vielleicht auch in der zweiten Mordphase, Todesspritzen?

**G. R.:** Da weiß ich nicht genügend. Also, über diese Sachen wurde damals überhaupt nicht gesprochen, überhaupt nicht. Habe ich keine Ahnung gehabt, habe später erst drüber nachgedacht, und auch dann über Dösen nicht genug, dass ich mehr dazu sagen könnte.

**H. Schä.-D.:** Das wäre ja eigentlich auch eine interessante Geschichte, noch mal zu gucken, was ist denn heute bekannt.

**G. R.:** Ja das ist richtig, ich stell mir das vor, das ist ja schon eine ganze Weile. Anfang des 19. Jahrhunderts ist dieses Krankenhaus gebaut und da denke ich, ist viel geschehen.

**H. Schä.-D.:** Ich kann mir vorstellen, dass auch von hier Menschen abtransportiert wurden. In der zweiten Mordphase waren viele beteiligt.

**G. R.:** Und meine Phantasie war damals so zur Stationsschwester, zu den älteren Schwestern, dass wenn ich gesehen habe, wie die so akribisch aufgeschrieben haben, die Bekleidung, und aufgeschrieben haben, wie viel der Patient jeweils hatte und den derartig bevormundet haben, das auch richtig gründlich getan haben, den zu bevormunden, dass ich dann gedacht hab, das könnt auch die Schwester gewesen sein, die das so gewissenhaft damals in der Nazi-Zeit im Sinne von den Nationalsozialisten gewissenhaft aufgenommen hat. Und ich hab so den Eindruck gehabt, da ist ja praktisch das eine Denken in das andere übergegangen, ja. Und dieses paternalistische Denken, also wir wissen es besser als ihr Patienten, also das war damals sehr stark. Es gab einige Kollegen, das muss ich auch einmal sagen, R. hast Du ja gestern kennengelernt und von der E., von der wir gesprochen haben, und es gab auch noch andere, wo auch so ein menschlicher Zugang dann zu den Patienten war, aber es war, es war eher individuell, von dem Umgang her dann zu merken, dass wir anders gedacht haben über unsere Arbeit, und es war langsam, bis sich das manchmal dann entwickelt hat, was ich empfunden hatte, dass die Stationsschwestern eine große Macht hatten. Dass es sehr viel danach ging, wie die Stationsschwestern auch eingeteilt waren, eingestellt waren.

**H. Schä.-D.:** War es denn damals in Dösen genauso wie es bei uns im Westen war, nämlich dass relativ wenig andere Berufsgruppen und auch Ärzte in den großen Krankenhäusern waren und dass von daher die, eigentlich die Pflegenden eine unglaubliche Schlüsselposition hatten, aber diese eigentlich nicht positiv genutzt haben. Und das wäre ja so noch mal auch 'ne Überlegung, wie ist das denn mit der Zusammenarbeit mit den einzelnen Berufsgruppen zu der Zeit gewesen, haben die überhaupt eine Rolle gespielt? Wenn ja, welche Rolle, und wie war die Zusammenarbeit?

**G. R.:** Also, wir hatten zuerst mal die Zusammenarbeit mit den Ärzten, da war die Hierarchie natürlich ganz klar, die Abmachungen über Daten, und dann hab ich gefunden, dass auch die Stationsschwester 'ne große Macht hatte ... andere Berufsgruppen habe ich wenig erlebt auf Station, Beschäftigungstherapie oder Arbeitstherapie würde ich eher sagen, die Leute haben Sachen hergestellt, z. B. irgendetwas zusammengeschraubt, irgendetwas gemacht, ja, und dass die dann für irgendeine kleine Fabrik so Schalter hergestellt haben oder so, und das wurde dann von Krankenschwestern bewacht, die Halbzeit gearbeitet haben und die waren dann jeden Vormittag so und so viele Stunden damit beschäftigt, das waren eigentlich Krankenschwestern und keine ausgebildeten Ergotherapeuten. Die hab ich damals noch nicht kennen gelernt. Krankengymnastik in dem Sinne gab es überhaupt nicht, oder Physiotherapie habe ich auch nicht erlebt, Sozialarbeiter hießen in der DDR ja noch Fürsorgerinnen, und da gab es welche, aber ich denk sehr wenige, es war, wir hatten wenig damit zu tun, und dass sie sich manchmal um Patienten gekümmert haben und geguckt haben wahrscheinlich auch, wenn was außerhalb des Krankenhauses zu regeln war. Aber die Machtposition, denk ich, die war, diese Schlüsselposition war bei den Schwestern, und die Krankenpflege hat das, denke ich, zu wenig auch im positiven Sinne genutzt, denn es war ja die Möglichkeit etwas zu tun, wenn man praktisch das ganze Feld für sich hatte, ja, und dass man die Chance nicht genutzt hat, ja.

**H. Schä.-D.:** Wenn man nochmals guckt, ich kann mich in der Zeit ja auch erinnern, dass die Zusammenarbeit zwischen uns und den Ärzten verschieden war, ich hab ja in der Zeit beides kennen gelernt, sowohl Landeskrankenhaus als auch Uniklinik, und da ist die Frage, wie war es bei Dir im Landeskrankenhaus in Dösen, war es ein sehr hierarchisches Gefälle, und wenn, was hatte denn der Arzt eigentlich auf der Station für Aufgaben, was hat er getan, bei den vielen Menschen, die er versorgen musste, das war ja gar nicht so einfach?

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

**G. R.:** Also, der Arzt hat z. B. Aufnahmegespräche gemacht, der Arzt hat Visiten gemacht, hat die Anordnungen getroffen, hat praktisch die letzte Verantwortung gehabt, in der DDR war das immer eine Brigade, so eine Station – eine Brigade, er war jedes Mal, der Stationsarzt war jedes Mal der Brigadeleiter, also, das war ganz klar, der hatte das Sagen, und es wurden auch manchmal Gespräche mit dem Patienten und mit den Angehörigen geführt, das hab ich gesehen, aber nicht so kontinuierlich. Also, dass man gesagt hat meinetwegen, jeder Patient kriegt in der Woche zwei Gespräche oder so, das war nicht so, das war nicht zu leisten, aber sie haben versucht, denke ich schon, diese Oberleitung richtig auszufüllen, dass wir also praktisch ihre Erfüllungsgehilfen hauptsächlich sind. Was ich empfunden habe, wenn man z. B. so Berichte über Patienten geschrieben hatte, da ich ja selber so viel geschrieben habe, die wurden auch gelesen, also jeden Morgen wurde das Berichtsheft angeguckt und wurde auch von den Ärzten gelesen und es wurde sich auch so informiert, weil es große Stationen mit 56 Patienten waren und sie hatten vielleicht, die Oberärztin hatte vielleicht drei Stationen, dann waren die darauf angewiesen, dass diese von uns geführt wurden, dass wir ihnen zugearbeitet haben. Dann hab ich das auch so empfunden, dass man auch gehört worden ist. Die Zusammenarbeit war dann nicht so schlecht. Es war nicht – so seh ich's heute – es waren nicht so viel Schwierigkeiten zwischen Pflege und Ärzten. Man hat es vielleicht auch angenommen, weil es die Vorgesetzten waren und dass sie in der Hierarchie oben waren und dass man diese Aufgaben hatte und fertig, Widerrede gab es ja sowieso nicht.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Du jetzt nochmals draufschaust, was hat denn dann die Pflege auf der Station gemacht, was waren denn so die wesentlichen Aufgaben?

**G. R.:** Also die Grundpflege waren die wesentlichen Aufgaben, ja, die Krankenbeobachtung, die Beobachtung im Wachsaal, Krankenpflege, Wachsaal und auch Beschäftigung haben wir gemacht, ja, und Tätigkeiten ... Küchendienste auch, es gab zwar eine Stationshilfe, die wurde natürlich auch unterstützt, und es wurden auch zu verschiedenen Arbeiten auf den Stationen die Patienten dann mit herangezogen, weil wir das ja natürlich nicht ganz alleine geschafft haben. Also in der Beziehung gab es auch zwischen uns Pflegenden und den Patienten so eine gewisse Kooperation, also dass man gedacht hat, der Patient ist so weit, der kann uns schon mal ein bisschen helfen, kann meinetwegen Staub wischen oder kann irgendetwas wegräumen oder so was, also da gab es schon, vielleicht im primitiven Sinne Beschäftigung für diese Leute. Sie haben das ja auch gerne gemacht, die waren ja froh.

**H. Schä.-D.:** Dass sie also nicht nur rumgesessen haben.

**G. R.:** Aber die Arbeit war eben Grundpflege und Beobachtung und Zuarbeit für die Ärzte.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Du überlegst, was hat denn aus der Zeit dazu beigetragen, was eigentlich Deine spätere Identität in der psychiatrischen Pflege war. Also, weil ich das ja auch kenne, was Dir später wichtig war und wie Du damit umgegangen bist.

**G. R.:** Also damals war dieses meinen Weg suchen, also in der Arbeit meinen Weg suchen, das hat meine ganze berufliche Tätigkeit geprägt und praktisch auch diese, dass die Patientin mir praktisch geholfen hat, auch diesen Weg zu gehen. Das hat mich auch immer im gewissen Sinne, na ja, das ist ein altmodisches Wort, aber vielleicht trifft das, demütig sein lassen, ja. Also, dass mir Hilfe zuteil geworden ist von den Betroffenen, dass die mir geholfen haben, mich zu finden, in meiner beruflichen Identität, oder mich unterstützt haben. Es gab auch Kolleginnen, die mir geholfen haben, also wo ich gesehen habe, das ist ein guter Weg, den die gehen, und diese Sachen, die sind auch dann richtig für mich. Also, dass ich gesucht hab, dass ich mich orientiert habe an den Betroffenen und an den Kolleginnen, wo ich gesehen habe, dass sie einen guten Umgang gehabt haben, das hat so meine Identität, denke ich schon, mit..., und natürlich dann selber dieses Ausprobieren und was gut ist für den Betroffenen und für einen selbst. Damals hab ich überhaupt nicht da dran gedacht, dass ich auch manchmal vielleicht berufsmäßig aktiv, also vom Beruf her etwas unternommen werden könnte oder so. Denn wir waren in der DDR so stark reglementiert, so dass man gar nicht an so etwas gedacht hat.

**H. Schä.-D.:** An einen Berufsverband oder so ...

**G. R.:** Ja, ich hab in diesen frühen Jahren an so was nicht gedacht.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Du dann mal so guckst, an Deine eigene berufliche Identität und aber auch, was hat denn die damalige Krankenpflegeausbildung in der DDR zur Qualifikation letztendlich, um psychiatrische Pflege auszuüben, beigetragen? Oder auch vielleicht dann nachher die Weiterbildung, ich weiß nicht mehr, wann die Weiterbildung in der DDR entstanden ist, aber ich meine, sie ist schon in den 1960er Jahren entstanden, aber ich bin mir nicht sicher, da muss ich noch mal nachgucken, ich weiß nicht, ob es damals auf der Station schon Weitergebildete gab.

**G. R.:** Ne, auf der Station gab's keine Weitergebildeten, und ich kann mich in den 1960er Jahren auch nicht erinnern, dass es das gab, aber es gab es früh, in den 1970er Jahren, als diese Veränderung dann entstanden ist. Ich denke, für die psychiatrische Pflege waren wir von der Grundausbildung her nicht genug gerüstet. In diesen Bezirkskrankenhäusern, ich hab ja meine Ausbildung nicht in den Bezirkskrankenhäusern, zum größten Teil nicht dort absolviert, die Grundausbildung. Da hast du wenig über Psychiatrie in anderen Krankenhäusern erfahren, im Bezirkskrankenhaus oder in der Uni-Klinik, da hast du schon, wo es eine Psychiatrie gab und du deinen Einsatz gehabt hast, und dann auch in der Krankheitslehre etwas darüber gehört, da bist du schon ein bisschen besser vorbereitet worden auf diese Arbeit. Aber das meiste, das war learning bei doing, so, was du gelernt hast, die Arbeit

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

selbst oder die Ausbildung selbst hat dich nicht genügend auf diese Arbeit vorbereitet. Das war auch anfangs meine Verunsicherung dort auf dieser Station zu arbeiten, weil ich so wenig wusste.

**H. Schä.-D.:** Hast Du denn, wenn Du an Deine eigene Ausbildung denkst, was hast Du denn ganz konkret überhaupt an Stunden in Bezug auf die Psychiatrie, also wenn ich das gestern richtig verstanden habe, ging es ja darum, dass Neurologie und Psychiatrie nicht richtig auseinandergehalten wurde. Das war ja bei uns auch erst in den 1960er Jahren, dass die Disziplinen getrennt wurden, oder auch Anfang der 1970er Jahre zum Teil auch erst, die Disziplinen getrennt wurden, vorher war es ein und dasselbe.

**G. R.:** Also, ich denke, im Allgemeinkrankenhaus, da, wo es auch keinen Einsatz in der Psychiatrie gab, da kann ich mich an Neurologie und Psychiatrie gar nicht erinnern. Aber im Bezirkskrankenhaus, da wurde, da war, da gab's eine Zusatzqualifizierung und da gab es einige Stunden. Aber wie viel Stunden das gewesen sind, das weiß ich nicht mehr, nur die Krankheitsbilder, nicht die Pflege, nur Krankheitsbilder, also vielleicht 30 Stunden, aber das weiß ich nicht genau, wie viel Stunden das waren. Und auch auf den Stationen, da gab es auch mal eine Zeit, da erinnere ich mich, wo wir mittags zur Zeit der Übergabe, also ich erinnere mich, dass wir dann mittags zur Übergabe mal auch von den Ärzten so Krankheitsbilder vorgestellt bekommen haben. Wahrscheinlich war das einfach auch nötig gewesen, damit man mehr Verständnis hatte, warum sich die Menschen so oder so verhalten haben. Aber das war eher so spontan und lag auch an den Personen.

**H. Schä.-D.:** Gab's denn irgendwelche Diskussionen auf der Station, was eigentlich gute psychiatrische Pflege sein soll oder sein könnte oder sein müsste oder wie immer?

**G. R.:** Also diese Diskussion habe ich nicht gehört, wie gesagt Krankenschwestern, wo ich eher gedacht habe, na ja, die führen ein ganz schönes Regime, die etwas Älteren hab ich im Kopf, die waren eher dafür, dass man eben ein strenges Regime führt, dass man die Patienten bevormundet und dass die sowieso nicht wüssten, was sie wollten, das war ihre Vorstellung von Pflege, und da ich ja nun wie gesagt die Letzte war damals am Anfang, traute ich mich ja natürlich noch nicht zu sagen, dass ich andere Vorstellungen hatte, einfach auch noch zu unsicher war, dass ich einen anderen Weg gehen wollte oder was anderes ausprobiert hatte. Erst im Laufe der Zeit, als ich dann praktisch, heute würde man sagen, man hat sich vernetzt. Als ich Kolleginnen hatte, wo ich gemerkt hab, ach die sind auch anders, dann haben wir so langsam angefangen, auch etwas unsere Sachen gesagt, also, wenn man mit der Patientin so und so umgeht, hat man auch Erfolge. Aber das waren nicht unsere Gedanken so, dass man berufspolitisch gedacht hat so, dass man diese Fachpflege vorwärts bringen sollte. Ne, das war einfach nur, ja wie man, dass man die Arbeit verbessern wollte.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Du noch mal guckst, was war denn für Dich persönlich zu der Zeit ein Kriterium, was wirklich gute psychiatrische Pflege war, denn Du hattest ja Vorstellungen irgendwo, was Du möchtest, und warum Du meinst, das Verhalten der anderen nicht so gut akzeptieren konntest?

**G. R.:** Also, woran ich das vielleicht so gemessen hab war, wenn die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Pflegenden gut geklappt hat, auch zwischen den Mitarbeitern untereinander, wenn Kooperation da war zwischen den Betroffenen und den Pflegenden und wenn es mehr miteinander ging, also das habe ich also schon angestrebt, dass man nicht übereinander bestimmte, sondern auch miteinander etwas gemacht hat. Und das hat mich eigentlich auch froh gemacht, wenn das erreicht worden ist.

**H. Schä.-D.:** Wie würdest Du denn die Rahmenbedingungen einschätzen, die dann eigentlich auch solche Dinge verwirklichen hat lassen. Denn wenn man jetzt heute mal guckt, es wird ja immer die Zeit und der enge Rahmen auf der Station als, ich sag jetzt mal, als Entschuldigung dafür genommen, dass viele Dinge nicht möglich sind. Und wenn man so Deine Schilderung anguckt, dann sind ja die Rahmenbedingungen damals absolut desolat gewesen.

**G. R.:** Die Rahmenbedingungen waren eher schwierig, und wie ich schon gesagt hab, wenn heutzutage 16 oder 18 Patienten manchmal auf einer Station und wenn in einem Wachsaal 15 waren, da hat man ja damals schon praktisch die Station gehabt. Mh, gut, man hat nicht so viel damals Papieraufgaben gehabt, das Berichtsheft war eigentlich so ungefähr alles, was man hatte, ich hab gedacht manchmal, es waren mehr Kontakte, die man noch mit den Patienten hatte, man war näher dran und man hatte mehr Kontakte, und ich hab sie damals, ich persönlich, es war sicherlich auch eine individuelle Sache, ob man diese Kontakte gesucht hat, man konnte sie ja auch vermeiden, und ich denke, das ist auch heute so, entweder man hat die Kontakte oder man vermeidet sie, was ich denke, was heute, was ein bisschen schwieriger ist, eben die vielen anderen Aufgaben, die noch administrativ dazu gekommen sind, aber es ist auch, viele Sachen sind auch dazu gekommen, die entlastend sind. Wir mussten früher ja noch einen Teil der Reinigungsarbeiten machen, wir mussten in der Küche helfen und sonst, wenn die Reinigungskraft ausfiel, durften wir das auch noch machen, und diese Sachen fallen ja heutzutage weg, also müssten wir ja noch mehr Kapazitäten haben, um mehr am Patienten zu sein. Manchmal wunder ich mich, dass so geklagt wird, ja ...

**H. Schä.-D.:** Gut, die Arbeitszeit war natürlich auch zu dem Zeitpunkt länger, ja ...

**G. R.:** ... ein bisschen länger und sicherlich, was weiß ich, auf manche Art auch einfacher, aber selbstverständlicher, ja.

**H. Schä.-D.:** Kann es z. B. auch daran liegen, dass zu dem Zeitpunkt eigentlich diesen Alltag mit Patienten teilen und zu gucken, wie jemand eigentlich auch über diese ganzen Tätigkeiten, die so die Gemeinschaft ausmachen,

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

daraus seine Zufriedenheit zieht, also auch Patienten, dass dies mehr im Mittelpunkt steht als heute? Ich denke, heute ist es ja eher so, dass man gerne so Ko- oder sonst wie Therapeut ist und weniger eigentlich diese unmittelbaren pflegerischen Alltagsbewältigungsaufgaben sieht. Könnte das auch eine Rolle spielen, wenn Du an früher denkst und so vergleichst?

**G. R.:** Also Du meinst, dass dieses Teilen des Alltags auch 'ne gewisse Zufriedenheit gebracht hat, ja?

**H. Schä.-D.:** Ja, und dass die damals einfach auch so der zentrale Punkt war. Und auf der anderen Seite sagen wir heute noch in der psychiatrischen Pflege, wir sind zuständig für den Alltag und Alltagsbewältigung, Milieugestaltung und Beziehungsgestaltung letztendlich, und auf der anderen Seite ist der Alltag auf der Station von dem, was so die Identität der meisten Pflegenden ist, sehr konträr, oder sehe ich das falsch, ich würde das gerne mal überprüfen.

**G. R.:** Doch, ja, ja, ich denke schon, dass eben das Teilen des Alltags da in diesem geschlossenen System, dass man die 24 Stunden geteilt hat, wichtig gewesen sind sowohl für die Pflegenden als auch für die Betroffenen, und dass man da draus vielleicht auch eine gewisse Zufriedenheit ziehen konnte, denn man hat ja nicht nur so Teilaufgaben gehabt, sondern hat dadurch manchmal ganzheitlicher gepflegt. Ich denke, darüber hat man auch viel mehr gesehen, wie eine Entwicklung passiert ist, also wenn so ein Patient aus irgendeiner Depression oder aus einer Psychose herauskam, war das ja auch so, dass man das über 'ne Weile mitverfolgt hat. Und wenn man so einen Prozess verfolgt, ich glaube, dass das auch mit zur Zufriedenheit beiträgt, und die Patienten haben sich auch ungeheuer gefreut, wenn sie krank gewesen und sie sind gut versorgt worden sind, dass sie dann auch für die Pflegenden was tun konnten. Also ich fand, das war so ein Geben und Nehmen, ja.

**H. Schä.-D.:** Mehr als heute?

**G. R.:** Au, das ist total schwer.

**H. Schä.-D.:** Das habe ich mich gerade gefragt, als Du das so gesagt hast.

**G. R.:** [nickt] Ich hab's vielleicht immer so ein bisschen individuell erlebt, weil ich hab früher auch Kolleginnen, damals in Dösen, Kolleginnen gehabt, die das nicht so gelebt haben, und da waren sicherlich Patienten, die auch dann kein Interesse hatten, ne, die sich dann nur bestimmte rausgesucht haben, und ich denke, dass es die Menschen heute in gewissem Sinne ja wieder gibt, Leute, die sich einsetzen und so. Mh, vielleicht ist da der Unterschied gar nicht so groß, ja, diese Persönlichkeit eben eine größere Rolle spielt, bei den Pflegenden.

**H. Schä.-D.:** Denkst Du, dass man heut eigentlich diese Sachen wieder mehr in den Mittelpunkt stellen sollte? Also, ich hab so den Eindruck, dass die Alltagsarbeiten und das, was eigentlich so das Miteinander ausmacht, dass dem nicht so viel Gewicht mehr beigemessen wird. Glaubst Du denn, dass es ein Punkt wäre, den man noch mal in Mittelpunkt stellen sollte?

**G. R.:** Also, ich glaube, dass das sehr, sehr wichtig ist und dass man, wenn man dem mehr Bedeutung geben würde, also diese Arbeit wichtig findet, und dass ja gerade für die Patienten der Alltag, die Bewältigung des Alltags so wichtig ist, und dass dadurch die Pflege ja dann auch diese wichtige Aufgabe erfüllt, also zur Krankengymnastik zu gehen oder tanzen, die Klangbecken zu schwingen, das hilft dem Patienten bestimmt auch und setzt Kräfte frei und was weiß ich. Aber dass die Unterstützung in diesen Alltagsfähigkeiten eine wichtige Aufgabe ist und dass man sagen kann, ihr könnt was machen, ihr seid die Leute, die praktisch die Basisarbeit ja unterstützt.

**H. Schä.-D.:** Na ja, während Du so ausgeführt hast, kam mir so der Gedanke, vielleicht würde es etwas nützen, wenn man das Alltagstherapie nennen täte. Also, weil wir ja alles, was Therapie ist, ja im Moment sehr gut finden, und alles, was selbstverständlich ist, nicht. Wobei ich mich mit Händen und Füßen dagegen sträuben würde, ja. Ich hab grad gedacht, wie inflationär, wenn Ausflüge gemacht wurden, wurde das zur Reisetherapie und so Sachen, wo ich denke, nimmt man damit, was das Alltägliche, das Selbstverständliche sein sollte, wieder weg. Aber das ist so die Frage.

**G. R.:** [nickt] Also, bei unserem Sprechen jetzt nochmal habe ich jetzt so die Arbeit reflektiert, ist mir eben wirklich klar geworden nochmal, dass auch die Person wichtig ist, die Person der Pflegenden ist wirklich wichtig, nicht egal.

**H. Schä.-D.:** Da wären wir dann wieder bei Hildegard Peplau ...

[lachen]

**G. R.:** Also, die Person spielt eine wichtige Rolle, und das hat sich in den 1960ern ausgewirkt und das wirkt sich heute noch aus, ja, und die Person kann sehr viel bewirken.

**H. Schä.-D.:** Ich denke, dass die auch der zentrale Punkt ist, also obwohl wir auch immer in der Pflege darauf gestoßen sind, dass wir gesagt haben, wir wollen ja nicht, dass das sozusagen die Person alleine ist, die Personen müssen austauschbar sein, weil eben die Arbeit auch weitergehen muss, und trotzdem, ja, da denke ich, da hat die Pflege einen wesentlichen Berührungspunkt in Bezug auf Therapie, nämlich der Therapeut ist auch nicht so ohne Weiteres austauschbar und die Bezugspflege ist auch nicht so ohne Weiteres austauschbar.

**G. R.:** [nickt] Ja, und ich denke, das hilft den Pflegenden auch, so die Bedeutung ihrer Arbeit zu sehen, also dass sie doch als Personen wichtig sind und dass sie als Person so viel bewirken können, im positiven Sinne, also jetzt nicht so, so nur im selbstüberzeugten Arbeiten.

**H. Schä.-D.:** Natürlich, also, die Frage wäre ja, da noch mal darüber nachzudenken, was, wenn's um Qualität und Identität geht, identifiziert sie sich auch mit diesen Bereichen? Ist das nicht so? Das wäre doch noch mal die Frage?

**G. R.:** Ja, ich denke, so wie sie über ihre Arbeit denkt, so macht sie diese dann auch. Wenn sie sie dann banal findet, wird sie dementsprechend auch vorgehen, und wenn ich sie wichtig finde, dann kann ich's ganz anders transportieren.

**H. Schä.-D.:** [nickt] Das wäre dann noch mal so ein Punkt, der glaube ich, so erlebe ich das auch, der aus den 1960er Jahren rüberschwappen könnte, nämlich zu gucken nochmals, dass die Veränderungen in der Psychiatrie in den 1960er Jahren ja eigentlich über einzelne Personen geworden ist und dass, was auf den Stationen sich verändert hat, wie wichtig da eigentlich die Person als solche ist, und das wär ja noch mal ganz gut zu untersuchen oder einfach so festzustellen.

**G. R.:** Bei diesem Interview ist mir nochmal so deutlich geworden, dass wir zwar in den 1960er Jahren, also ich denke, dass nicht nur ich, sondern auch andere Personen nicht berufspolitisch gedacht haben oder sehr wenig, aber dass wir trotzdem auch im gewissen Sinne eine gute Pflege gemacht haben und wie gesagt, dass diese Person da so ziemlich im Mittelpunkt stand, unbewusst natürlich, und sehr viel bewirken konnte, also in diesem kleinen Kreis. Ich hab auch außer in der Erwachsenenpsychiatrie habe ich einige Zeit mal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet und hatte eine Kindergruppe von zehn Kindern zu betreuen, und auch ohne Anleitung, was macht man jetzt mit diesen Kindern, und dann hab ich oft so Sachen von mir aus gemacht, Beschäftigung und so, und dann kam die Oberärztin, und da hatte ich gerade Kataloge gebracht und hab mit den Kindern ausgeschnitten und das wurde dann zusammengeklebt oder so. Und da war die Oberärztin so begeistert und dann wollte sie gleich, dass ich, das waren die Anfänge damals, Beschäftigungstherapie lernen sollte. Da hat man nicht gesagt, toll, so was kann auch die Pflege machen jetzt und das ist auch eine gute Möglichkeit, dass die Kinder beschäftigt werden, dass die Kinder vorwärts kommen oder so, sondern man hat gleich wieder geguckt, da muss 'ne Therapie draus werden und da nehmen wir die Leute, wo wir doch sehen, die kümmern sich da drum.

**H. Schä.-D.:** Also weniger dadrum, dann auch zu sehen, das ist vielleicht Freizeitgestaltung, was eigentlich auch Aufgabe der Pflege wäre. Und wenn Du nochmals überlegst, was war der Unterschied zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so von den, also auf der einen Seite vom Namen her, aber auch von der Identität und von der Qualität der Aufgaben, von den Pflegenden her?

**G. R.:** Also, ich hab sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Gerontopsychiatrie gearbeitet. Und ich fand, dass damals die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Gerontopsychiatrie schlecht besetzt waren, schlechter damals als die Aufnahme in der Akutpsychiatrie, und dass wir dieser Besonderheit dieser Kinder und Jugendlichen und alten Menschen überhaupt nicht gerecht geworden sind, dass wir vorwiegend diese Aufgaben der Verwahrung und Beobachtung hatten und dass es da gar nicht darum geht, die Leute zu fördern, also die wurden in der Zeit wirklich verwahrt und es hat uns niemand geholfen, mit dieser Aufgabe fertig zu werden. Also, man musste da selber was entwickeln, dass man diesem Drang auch nach Bewegung nachgekommen ist und so was, ja, man musste wirklich etwas selber entwickeln. Diese Gruppen, damals hab ich empfunden, dass diese Arbeit manchmal noch schwerer war als auf der Akutpsychiatrie, weil der Personalschlüssel, weiß ich nicht, von oben her schon nicht so gut war, aber es war schlechter und ein schwereres Arbeiten.

**H. Schä.-D.:** Also, dass Du das Gefühl hattest, die waren noch benachteiligter.

**G. R.:** Die waren noch benachteiligter als die anderen, ja. Bei den Kindern hattest du Gruppen, das hatten sie schon gemacht, dass die Station drei Gruppen waren, dass du eine Gruppe hattest, aber das war nicht, dass du da mal abgelöst worden bist oft, dann warst du den ganzen Tag in dieser Gruppe, ja. Und das war sehr schwer. Und in der Gerontopsychiatrie, die Station war etwas kleiner, es waren nicht 56 Patienten, waren 38 Patienten, aber es konnte passieren, dass du auch in der Schicht alleine warst oder höchstens zu zweit, und dann hatten wir solche Patienten, ich glaube, die wurden richtig rangezüchtet, weiß ich nicht, nennt man das Kalfaktor, die praktisch chronisch krank waren, aber nicht mehr schwer krank waren, die einfach nicht mehr zurückgegangen sind in ihr Zuhause, die auf den Stationen geblieben sind, Privilegien auf diesen Stationen hatten und dann dort geholfen haben, ja, und ohne diese Patienten hätten wir manchmal nicht gewusst, was wir machen sollen. Weil wir die Sachen dann nicht mehr schaffen, mit den, auch mit diesen primitiven Mitteln, die Pflegemittel, die wir damals hatten. Es waren die Patienten, die geholfen haben, die haben wirklich Aufgaben übernommen. Und die Arbeitstherapie war ja damals sowieso noch groß geschrieben. Wer konnte, wurde in die Arbeitstherapie geschickt.

**H. Schä.-D.:** Und die Arbeitstherapie war sowohl Landwirtschaft als auch ...

**G. R.:** Äh, war eher, Landwirtschaft war nicht so sehr, Gartenarbeit, Wäscherei, Küche und so noch so andere Sachen, die manchmal in einem so großen Gelände anfallen, so kleinere handwerkliche Sachen, und die Patienten sind meistens gerne hingegangen, weil sie da ein paar Pfennige verdient haben, so ein bisschen Taschengeld, und es war natürlich für sie persönlich auch ein bisschen Aufwertung, natürlich auch etwas mehr Freiheit gegeben, die Station verlassen zu dürfen für eine bestimmte Zeit.

**H. Schä.-D.:** Und von wem wurden die ganzen Arbeitstherapien betreut? Von Pflegenden?

**G. R.:** Ja, von Pflegenden, ja. Das waren manchmal Mitarbeiter, die sich dann weiß wie lange schon auskannten. Aber die Arbeitstherapie sehe ich auch sehr viel Positives dran, wenn sie nicht darum ging, dass die Leute ausge-

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

nutzt worden sind, sondern dieser Punkt, dass das den Patienten schon zum Selbstwert verholfen, wenn sie davon profitiert haben.

**H. Schä.-D.:** Dass sie auch eine sinnvolle Beschäftigung letztendlich hatten. Wenn Du die zehn Jahre anguckst, was würdest Du denn sagen, Du bist ja dann nachher auch noch mal sehr viel in der Psychiatrie und auch in der Unterrichtstätigkeit gewesen, wenn Du die zehn Jahre anguckst, mit Deinem heutigen Wissen, weil das kann man ja immer nicht so ganz trennen letztendlich, auch in den Erinnerungen, was denkst Du denn, was positiv war und was, wenn Du es mit heute vergleichst, was gefehlt hat?

**G. R.:** Fangen wir mit dem Fehlen an, also gefehlt hat einmal die Ausbildung für diese Tätigkeit, gefehlt hat die Anleitung auf den Stationen, gefehlt hat, dass man sich überhaupt über die Arbeit Gedanken gemacht hat, hätte im Konzept oder so, da war nichts, gefehlt hat natürlich auch, dass man über solche Sachen gesprochen hätte mal, über Werte, ja dass man die Menschlichkeit und andere Werte wirklich mal angesprochen hätte und sie eigentlich eine Rolle gespielt hätten in dieser Arbeit und dass man sich einfach mehr Gedanken über die Arbeit gemacht hätte, über die Werte, die Konzepte, zu der Ausbildung und Weiterbildung, damals war das nicht da oder sehr gering, und dass man somit alles allein entwickeln musste, und das war schwierig. Was positiv daran war, ist, dass die Pflege doch verhältnismäßig viel Freiraum hatte, weil sie ja wie gesagt das ganze Feld hatte, außer dass da der Stationsarzt oder die Oberärztin und der Chefarzt ab und zu kam, waren wenig andere Berufsgruppen, eigentlich keine Berufsgruppen, die sich eingemischt haben in die Arbeit. Dass die Pflege nicht erkannt hat, denke ich auch, welche Möglichkeiten sie damals hatte und es wenig positiv benutzt hat wirklich, das war schwierig und das hätte man, denke ich, wenn man das noch mehr erkannt hätte, sicherlich haben das einige Leute erkannt und haben auch versucht, etwas daran zu ändern, aber es ist natürlich nicht bis zu mir an die Basis gekommen, wenn man das damals auch erkannt hätte, hätte man viel mehr schon in dieser Zeit entwickeln können, ja, wenn die Pflege zeitig genug aufgewacht wäre. Und, was ich damals für mich Positives genommen habe ist, wie wichtig es ist, diese individuelle Person, diese Person, die diese Pflege macht und wie viel die bewirken kann, und ich hab zwar nichts entwickelt, ein Konzept oder so, aber für mich hab ich was entwickelt, und das hat mich also mein ganzes Leben begleitet, dass ich erkannt hab, dass ich etwas tun konnte.

**H. Schä.-D.:** Also, wenn Dir noch irgendetwas einfällt, was Dir wichtig ist, dann tun wir das noch mit reinnehmen und sonst würde ich nämlich das Interview beenden.

**G. R.:** Wenn ich alle Fragen richtig beantwortet hab, wie Du sie auch gemeint hast, dann ... Ja, im Nachhinein, gerade weil wir das nun so reflektiert haben, bedauere ich das so sehr, dass wir diese Möglichkeiten nicht genug erkannt haben, die wir als Pflegende hatten. Aber ich war damals zu jung, also ich war auch persönlich zu sehr beschäftigt, in dieser Phase.

**H. Schä.-D.:** Also auch mit dem, was da auf Dich zukommt.

**G. R.:** Ja, ja, dass ich in dieser Zeit, wo ich gearbeitet habe, habe ich mich der Arbeit ganz gewidmet, aber ich konnte danach nicht noch etwas tun. Und das war auch in der ehemaligen DDR natürlich nicht erwünscht.

**H. Schä.-D.:** Es gab praktisch keine berufspolitische Alternative, eine Interessensvertretung oder so was.

**G. R.:** Es wurde natürlich nicht gekämpft und, aber ich hätte es auch so nicht gekonnt.

**H. Schä.-D.:** Meine Frage war, wäre für mich so noch gewesen, nachdem Du gesagt hast, wir haben also eine Vernetzung zwischen den Leuten, die ähnlich gedacht haben, hergestellt. Das hätte ja nicht gleich ein Verein oder so was werden müssen, sondern es wäre ja eigentlich auch, wenn man sich da näher zusammengetan hätte, vielleicht auch schon etwas mehr bewirken können, und wenn es nur kleinere Konzepte oder gemeinsames Vorgehen in bestimmten Dingen gewesen wäre, ja, so das, was man vielleicht heute so unter Solidarität verstehen würde.

**G. R.:** Gut, wir haben gerne zusammen gearbeitet, ja, wir haben gerne zusammen gearbeitet, und die Personen, die an Schlüsselstellen waren, die haben oft versucht, schon ein bisschen was, so kleine Veränderungen zu machen. Also, was ich, hab ich ja erzählt, was ich eben gemacht hab war, als ich bemerkt hab, die Patienten sind überhaupt nicht beschäftigt, dass ich dann geguckt hab, z. B. mit der Morgengymnastik oder mit anderen Beschäftigungen, damals noch. Und dass man mich dann auch gelassen hat, ach Gott, dann ist die beschäftigt und ich auch, dann hatten die anderen auch ihre Ruhe [lacht].

**H. Schä.-D.:** Ja, das stimmt, gut dann herzlichen Dank, liebe G.

## Interview mit Frau R. P. am 30. September 2008 in Leipzig

Schwerpunkte sind die Jahre 1970 bis 1980 in der Psychiatrie in Leipzig-Dösen

**H. Schä.-D.:** [Kurze Vorstellung des Interviewleitfadens und der Orientierungsfragen.] Fangen wir einfach so an, wie Sie die Psychiatrie zwischen 1970 und 1980 so erlebt haben und was Ihnen am meisten im Gedächtnis geblieben ist.

**R. P.:** Mein Staatsexamen als Krankenschwester habe ich im Sophienhaus in Weimar gemacht, 1968. Bin dann 1969 im Frühjahr nach Leipzig auf eigenen Wunsch in diese große psychiatrische Klinik hier in Leipzig, Bezirkskrankenhaus Dösen hieß das damals, und vor allem ein Krankenhaus mit der Struktur, das hieß zwar somatisches Krankenhaus, die hatten auch eine kleine Chirurgie und Innere, aber eine riesengroße Psychiatrie, keine Neurologie, Psychiatrie. Dort hab ich auch dann sofort auf einer Station gearbeitet, eben noch unter alten psychiatrischen Pflegebedingungen, hab also dort auch erlebt, wie Patienten hochdosiert Insulin bekamen und so in die Bewusstlosigkeit gebracht wurden, sogenannte Zuckerschok-Kur ...

**H. Schä.-D.:** ... Insulin-Kur hieß es bei uns ...

**R. P.:** Ich war eine junge völlig unerfahrene Krankenschwester und hab das also manchmal auch so erlebt, da konnt' ich nicht schlafen. Oder ich habe diese Elektroschocktherapien erlebt, da habe ich mich auch oft gefragt, was hat das für einen Sinn, habe erlebt, wie junge Ärzte das gemacht haben und sehr aufgeregt waren, also das hat auf mich keine guten Eindrücke gemacht, habe auch erlebt wie, ja, wie Zwangswesten angezogen wurden oder wie Dauerbäder durchgeführt wurden, also aber nicht mehr lange, das war 69/70.

In Nachtdiensten mussten wir durch die Säle und die Messer wurden vorher gezählt, bestimmte Patienten hatte man noch besonders zu betreuen, es wurde alles zugeschlossen. Ich wurde dann aber 1970, das war in der DDR so üblich, zu einem Fachschulstudium nach Potsdam geschickt, mit dem Ziel, Medizinpädagogik zu lernen, auf Fachschulniveau, um dann schließlich die Ausbildung in diesem Bezirkskrankenhaus zu übernehmen. Das war noch keine Krankenschwesternausbildung da, es waren Lehrlinge, Krankenpflegelehrlinge hier, die aber woanders ausgebildet wurden. Habe also damals dann die Psychiatrie verlassen und bin dann als Medizinpädagogin wieder gekommen 1973 und erlebte eine andere Psychiatrie. Inzwischen, ja, denke einfach mal, wurde die Reform in diesem Bezirkskrankenhaus umgesetzt, die Stationen veränderten sich, aus den großen Schlaftsälen wurden kleinere Räume getrennt gemacht, mit Trennwänden, das fiel auf, es wurde auch renoviert, Farben wurden verändert, das Personal trug keine Kittel mehr, man sprach sich mit Du an, also der Patient W. sprach die Frau H. mit Namen an und manchmal auch mit Du. Es wurden Gruppenvisiten durchgeführt, hab ich erlebt, die machten einen sehr positiven Eindruck auf mich, damals schon, dann schon, ich sag jetzt mal: als Lehrausbildnerin, die also, ich hatte vor allem immer die Verantwortlichkeit der Schüler, die in den psychiatrischen Stationen eingesetzt waren, und war deswegen mitunter ja zum Teil richtig Mitarbeiterin neben den Krankenschwestern und Ärzten, habe auch auf diesen Stationen Prüfungen durchgeführt und habe das in sehr guter Erinnerung insofern, dass die Bereitschaft des Personals, die Schüler anzuleiten, sehr groß war, und die Schüler auf diesen psychiatrischen Stationen sehr gerne gearbeitet haben. Für alle zum Erstaunen, vor allem der anderen Schulen, die die Psychiatrie gar nicht hatten, und nicht nur unsere Schüler, sondern auch aus den anderen Kliniken, die zu dieser großen Krankenpflegeschule gehörten. In St. Georg wurde dann der Pflichtpraktikumseinsatz auf diesen Stationen gemacht. Ja, wir hatten da Pfleger und Stationsleiter, das war richtig eine familiäre Atmosphäre, möchte ich sagen, ich habe da jetzt Personen vor mir, wir sind da einfach gern hingegangen und die haben den Schülern sehr, sehr viel gelernt. Ich würde fast sogar sagen auf ganz freundschaftlicher Basis wurden die Schüler mitgenommen, und ich erinnere mich da an einen jungen Pfleger, der sagte: „Du kommst einfach mal mit, ich zeig Dir jetzt mal, wie ich mit dem umgehe, Du brauchst keine Angst zu haben ...“, weil des war ja, puh, es ging ja sofort los: „Tun die mir auch nichts?“, wenn manchmal a bissl ungewohnte Geräusche aus den Räumen kamen, oder so, der hat das eben, ich möchte fast sagen, auf eine wunderbare Weise gemacht, ganz normal menschlich: „Komm mal her, ich zeig das, wie ich das mache.“ Dann lernten die Schüler solche Besonderheiten im Umgang mit Patienten, z. B.: „Also Du hast ja nun das Injizieren gelernt auf einer anderen Station, bei uns gibt es die Besonderheit, wenn Du eine Injektion durchführen musst, musst du immer zu zweit gehen, ich zeig dir das jetzt mal“, und es wird begründet, indem der Patient zu beaufsichtigen ist, einer beaufsichtigt und der andere injiziert. Und ich weiß, dass das bei Schülern immer sehr, sehr gut ankommt, also die Stationen wurden sehr gut beurteilt, die Schüler machten eine Reflexion, da kamen die psychiatrischen Stationen immer sehr gut weg.

Dann habe ich noch ein Erlebnis in Erinnerung, das kann ich auch noch bringen, nennen wir das mal chronische Psychiatrie oder, ja, so im damaligen Sprachgebrauch Verwahrrpsychiatrie, das heißt, die wohnten dort, die Patienten, also Dauerpatienten. Die kochten mit, machten mit sauber, die gingen Wege, die Schüler turnten mit denen, oder wenn die Schüler Alteneinsätze machen mussten, es wurden immer Neuroprojekte verlangt und an dem Bezirkskrankenhaus war ein Gebäude, da wohnten ehemalige alte Schwestern, und da wurden also Neuroprojekte insofern durchgeführt, dass Schüler in den unteren Lehrjahren dort Dienst taten, einkauften und Zimmer sauber machten usw., und da nahmen sie sich solche Patienten mit, und das funktionierte gut. Und eine solche Station mit, ach, ich weiß nicht, das sind ja riesige Stationen gewesen, 40, 50 Patienten, was sag ich, Patienten, Bewohner

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

muss ich ja sagen, eine Stationschwester rief früh mal an und sagte: „Du musst mal kommen mit Deinen Schülern, ich habe einen Neuzugang aus, ich glaube, Hochweitzschen, auch eine große psychiatrische Klinik hier in Sachsen, den müsst Ihr Euch mal anschauen.“ Also habe ich eine Schülergruppe genommen und bin gleich früh halb sechs mit den Schülern dort hingegangen und gingen wir in den Saal rein. Unter den Schülern war ein großer junger Mann, sehr groß war der, und dann kamen wir in diesen Schlafsaal rein und sie führte uns in eine Zimmerecke und in dieser Zimmerecke stand ein Gitterbett, ein großes Gitterbett, und dann stellten wir uns um dieses Gitterbett rum. Nun war das noch ein bisschen dunkel, großes Licht sollten wir nicht anmachen, damit die anderen noch schlafen konnten, dann haben wir in das Gitterbett reingeschaut, wir haben gar nicht richtig gesehen, was da eigentlich drin lag. Es lag was drin, aber wir sahen nicht, was. Alle haben da hingesehen und dann sahen wir, da lag etwas ganz Verkrüppeltes, ganz zusammengeknäult irgendwie, es war still, und plötzlich sagt der Junge: „Na, was soll denn das?“ Mir unvergesslich, da hat die den da vorne geschnappt: „Sie kommen jetzt mal mit mir raus, ich werde Ihnen sagen, was das soll.“ Wir sind dann da raus auf den Gang, und da hat sie gesagt: „So, Sie kommen ab morgen zu mir mit zum Einsatz, und dann sehen Sie sich den Patienten, der in dem Gitterbett liegt, genau an, und Sie sind für den dann da, und ich sag Ihnen jetzt, was das soll. Sie sollen sehen, wie der hilflos im Bettchen liegt, das haben Sie ja jetzt schon so gesehen, und Sie großer Kerl, wie Sie da stehen, Sie sind für den da und Sie überlegen sich, ob Sie nun Pfleger werden wollen oder nicht.“ Das war 'ne sehr beherzte burschikose Stationschwester, die zu ihren Patienten stand, und das war dann auch so, den haben wir dort eingesetzt, und der junge Mann, der hat, ja, darf ich mal sagen, ein Verhältnis zu diesem Patienten so herstellen können, der stand auf, der lernte das Laufen, so war also ein Vollidiot, ein 35-jähriger Mann, der sich dann in dem Klinikum entfaltete zu einem Menschen, wenn ich das mal so sagen darf, und der wurde dann angezogen, der ging mit dem, der kam manchmal auch mit in die Schule, er wurde so das Stationsbaby genannt, der lallte, der lachte, der vermittelte anderen Menschen Freude und Lebenssinn.

Das sind die Erlebnisse, die ich an die Psychiatrie habe und die Ausbildung mit den Schülern in der Grundausbildung, erstes, zweites, drittes Lehrjahr, wir haben da keine Unterschiede gemacht. Wir haben uns die natürlich etwas angeschaut, Umgangston, -formen, und dann Einsätze riskiert, auch im ersten Ausbildungsjahr, liefen sehr gut. Dann hab ich diese Reform, die hab ich auch positiv erlebt, also diese Gruppenvisiten, wir durften dann da auch mit rein, Schüler saßen mit im Kreis, das Pflegepersonal, die Ärzte, Psychologen, das hat mir sehr gut gefallen, vor allem wie offen das war, das, ich weiß nicht, ob das denn heute noch so ist, wünschenswert wäre gewesen, es würde so weitergehen, war auch möglich, weil es waren riesengroße Räume, die durften da auch aufstehen, die Patienten, durften mal den andern anfassen oder umarmen, das passierte da, das hab ich alles so erlebt, gingen zu jemanden, schimpften mit jemanden während dieser Gruppenvisite, also das war nicht nur 'ne Visite, das war ein Erlebnis für alle. So, und die Ärzte, die beschrieben und es wurde berichtet, Fachgespräche wurden geführt und die Patienten hatten ihre Freude mit dran und mussten aber auch Rede und Antwort stehn, kurzum also die, wenn ich sagen darf, die Reform ohne Kittel, ohne Titel, Türen auf, habe ich nur positiv in Erinnerung. Es war alles umzäunt, das war dann weg, die liefen, die rannten auch im Gelände, also, das hab ich grade in diesem Krankenhaus erlebt.

**H. Schä.-D.:** Und das war dann so ab Anfang der 1970er Jahre?

**R. P.:** Ja, 1973, 74, 75, in den 70er Jahren so hab ich das erlebt.

**H. Schä.-D.:** Wie hat sich dann in den 1980ern verändert oder was war dann noch zusätzlich hinzugekommen?

**R. P.:** Verändert oder dazugekommen ist, glaube ich, vielleicht in den 1980er Jahren, wie nannte man denn das, war das so was wir Betreutes Wohnen, kurzum, es zogen Bewohner von diesen, jetzt sag ich mal, chronischen Stationen, verließen das Klinikum und verschwanden in der Stadt. So was ähnliches wie Betreutes Wohnen war mir dann noch bekannt, manche von den Personalen hatten dann auch, wenn ich das mal so sagen darf, Außendienste, und wenn man in die Stadt fuhr, sah ich plötzlich so einen sogenannten chronischen Patienten einkaufen. So, und das hab ich noch miterlebt, ganz zu Anfang aber eben bloß, weil dann bin ich ja weg. Ich hab dann die Klinik verlassen, ich hab dann dieses Hochschulstudium gemacht und bin dann einen ganz anderen Weg gegangen, war dann eher an der Schule dran. Die Wende, mit der Wende und dem Auflösen der Klinik, das hab ich nur durch Erzählung dann noch erfahren, das ist sehr tragisch abgelaufen, weil da löste sich ja alles auf. Wie gesagt, es waren ja richtig familiäre Verhältnisse, Personal und Bewohner gehörten irgendwie zusammen, das war wirklich so, die frühstückten auch gemeinsam, und das wurde dann alles aufgelöst, das Klinikum gibt es ja nun nicht mehr. Patienten verschwanden in die Uni, da in das Hochhaus rein, und aber jetzt auch noch sieht man Patienten, so wenn ich in'n Südosten fahre, in der Kaufhalle begegnen dir welche, die waren da auf so einer Station und sind jetzt in einer Wohnung, wohnen mit anderen. Ich glaube, wie es heißt, kann ich jetzt nicht sagen. Das ist aber in Leipzig weiterhin und das gibt es auch noch, da gibt es auch ehemalige Pfleger, immer mal les ich da was in der Zeitung, da müsste ich mal jetzt forschen, damit ich da nicht weiter rumeier, aber das ist weiterhin geworden. Also eine Lebensweise dieser Chronischen, die eben zum Leben noch in der Lage waren oder die eine relative Selbstständigkeit hatten, wurden dann an das Leben so allmählich gewöhnt. Dann gibt's den Tonberg, wo wahrscheinlich die meisten oder viele dieser Patienten dann gelandet sind.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Sie jetzt mal die Hauptaufgabenstellung von den Pflegenden zwischen 1960 und 1970 und 1970 und 1980 und 1980 und 1990 angucken, wie Sie es von außer her, von der Schule her, wenn Sie so auf

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

der Station gearbeitet haben, erlebt haben, was denken Sie denn, was stand denn da so im Mittelpunkt des pflegerischen Tuns?

**R. P.:** Also, viel Zeit nahmen diese Geschichten mit den Arzneien, des Arzneisetzens und der Ausgabe ein, aber also, du sahst die dann mehr in den Sälen oder in den Räumen und du sahst sie vor allem, dass die mal saßen und sprachen mit denen. Also, das hab ich zu Anfang nicht erlebt, da waren immer noch solche Dinge: „Die sitzt da drinnen und quatscht“, dies wurde also abgewertet, war nicht gewünscht, und dann war das aber, da sahst du die oft, oder dass dann auch ein Pfleger den Schüler nahm und dann einfach mit reinging und mit bastelte. Es wurde dann Arbeitstherapie eingeführt, das war dann, ich nenn das mal jetzt Arbeitstherapie, und dann saßen die Schwestern und die Pfleger mit an dem Tisch, vielleicht ein Arbeitstherapeut machte die Anleitung und dann bastelten die, malten. Ich erinnere mich an, die machten z. B. aus Luftballons entstanden dann, mit Papiermasse wurde das verhärtet, Sparschweine und solche, also wunderschöne Dinge, und die wurden dann auch verkauft. Ja, ich würde fast sagen, auch indem die Kittel weg waren, konntest du die ja mitunter gar nicht mehr so richtig unterscheiden, also ein Fremder wusste nicht, wer ist denn jetzt hier wer. So, das hab ich gesehen und die waren drunter. Also, so hab ich die Klinik, will ich mal sagen, verabschiedet. Und mich würde selber mal interessieren, wo der eine oder andere geblieben ist und was die heute machen.

**H. Schä.-D.:** Und wenn wir jetzt noch mal so an die berufliche Ausbildung denken, was hat denn aus Ihrer Sicht geholfen, sich mit der psychiatrischen Pflege, schon während der Ausbildung in diesen Jahren, zu identifizieren, oder auch, was hat geholfen, sich qualifiziert zu fühlen für den Umgang in der Psychiatrie, weil es war ja nur ein Teil der Krankenpflegeausbildung, letztendlich?

**R. P.:** Ja, ich glaube, wir haben schon ein bisschen die Schüler nach der Persönlichkeit ausgewählt, und wenn Sie mich jetzt fragen, dann war ich ja eine von denen, die das mitgemacht hat. Weil wir wollten die ja schon vom ersten Ausbildungsjahr an dort haben. Ich denke, wir haben ausgewählt nach Einfühlungsvermögen, ja, die Emotionalität, Sprache, ja, sagen wir einfach mal so, ganz selbstverständliche menschliche Eigenschaften, die geeignet waren für Kommunikation, für Hilfestellung. Doch also, z. B. die S., die hab ich nicht in der Psychiatrie eingesetzt, S. war von Anfang an und hauptsächlich dann erst laufend, die war mehr so auf chirurgischen, internistischen, wo's um Fertigkeiten ging, um die Hand, weniger die Sprache, also S., darf ich ja jetzt mal so sagen, hatte von Anfang an so nicht unbedingt die Eigenschaft, jemanden bei der Schulter zu nehmen und zuzuwenden, also mit Patienten umzugehen, die eben einfach, wir sagen ruhig mal, seelische Betreuung brauchen oder mit ein bisschen Einfühlung braucht, nicht gleich redest. So, danach, ich würde sagen, nach Gefühl ja uns entschieden, und wir haben mitunter auch ausgewechselt und auf diese Weise hatten wir ein glückliches Händchen. Wir haben dann manchmal gesessen und gesagt, wen wollen wir dahin und dahin tun, wer mag da wohl geeignet sein und so, wer wäre dazu bereit, wir haben auch gefragt: „Würden Sie?“ – „Ja, ich hab keine Bedenken“, also auch die Schüler mit einbezogen. Also keine, wir hatten keine Kriterien, aber das Geeignetsein, schon gebunden, schon an persönliche Eigenschaften, wie Kommunikation.

**H. Schä.-D.:** Wie war das im Lehrplan, wenn Sie da mal gucken, was war da so verankert, was vielleicht half?

**R. P.:** Ja, Schwerpunkt Umgangsformen mit psychiatrischen Patienten im Unterschied zu chirurgischen Patienten, der liegt nicht im Bett, der läuft, der wird betreut, das war's, ja, was haben wir da als Testate gemacht? Ja, ich glaube, wir hatten auch sehr viel, wenn ich das so sagen darf, Testate. Also, was hast du dann als praktische Leistung gewertet? Hatten wir in den Prüfungen, hatten wir Beschäftigung. Also, der Schüler hatte im Unterschied zur internistischen oder chirurgischen Station den Nachweis auch zu erbringen, dass er einen Patienten über 'ne halbe Stunde beschäftigen konnte. Als Überraschung kann ich mich erinnern, die erfuhren das nicht, erfuhren also nicht, in welches Zimmer sie zu gehen hatten, was an Zimmern jetzt zu betreuen war. Die Patienten, die vier, die jetzt hier sind, die übernehmen Sie jetzt. Welche Aufgaben haben Sie. Und dann war da als Aufgabe, da gibt's jetzt nichts, der kann sich alleine waschen, der muss nicht gepflegt werden von Ihnen, was machen Sie jetzt mit dem Patienten in dieser Tageszeit? Also, da sollte der Schüler uns nachweisen, du bringst es jetzt fertig und unterhältst dich mit dem Schüler, äh, mit dem Patienten eine halbe Stunde. Alles, darf ich jetzt mal sagen, ohne Vorgaben, gab's kein Lehrplan, Testat in der Neurologie, Psychiatrie hatten wir nicht. Also alles pflegerische Aspekte, und als Besonderheit Beschäftigung mit einem psychiatrischen Patienten. Erstellen Sie bitte ein Übersichtsprotokoll, was denken Sie, was Sie mit dem Patienten besprechen können oder wie Sie den beschäftigen können, und dann machen Sie das bitte.

**H. Schä.-D.:** Welche Rolle haben denn die Angehörigen in der Zeit gespielt, so auf den Stationen? Also, wie sind die einbezogen worden, sind die gar nicht mit einbezogen worden, waren sie eher lästig auf den Stationen, oder ...?

**R. P.:** Nee, das war ein ganz offener, ich glaube, es gab gar keine Besuchszeit.

**H. Schä.-D.:** In den 1970er Jahren? Davor, ich spreche jetzt von den 70ern.

**R. P.:** Davor ich glaube keine, das ist 'ne gute Frage. Das stimmt, selbst in den Abendstunden saßen, es waren ja Aufenthaltsräume da und die waren, das muss ich sagen, dann auch recht schön gemütlich eingerichtet, die hatten Sitzecken, Arbeitsecken, wahrscheinlich im Laufe der Zeit wurde dann auch Geld dafür mehr und mehr dafür verwendet, also die Stationen waren gemütlich, sie fühlten sich dort auch wohler, es war keine Pflegestation mehr, sondern die waren eingerichtet, dass du dort wohnen konntest, mit Balkon und den ...

**G. R.:** Ich entsinne mich an diese Zeit, dass, wie wir zusammen auf der geschlossenen Station gearbeitet, dass die Station geschlossen war, dass da die Angehörigen geklingelt haben, dass, wenn die Patienten Ausgang hatten, wenn das erlaubt war, dass der Patient raus konnte, nicht dass die Angehörigen auf Station durften, ich kann mich nicht erinnern, dass die in die Räume durften und schon gar nicht auf die Station.

**R. P.:** Das stimmt. Also, ich kann mich gar nicht daran erinnern, dass ich da Angehörige gesehen habe, zu der Zeit. Und dann wahrscheinlich gab's eben auch die Ausstattung dann hier, dass halt Sitzmöglichkeiten waren, Fernseheckchen waren da. Wie gesagt, ich hab diesen Prozess nicht erlebt, weil ich da zu diesem Fachschulstudium war, aber dann war das einfach schön, muss ich jetzt mal ganz ehrlich sagen. Und zwar waren das die Gebäude, die B 3, diese ganze, dieses eine Haus änderte sich, vor allem wo der, wie hieß er denn noch, ich glaub V. irgendwie, den hab ich also in ganz toller Erinnerung, und das machten die ja dann auch selber, das Personal war ja selber daran interessiert, wie ihre Station schön war, so. Und da waren dann Angehörige in den, erinnere ich mich, in diesen Aufenthaltsräumen saßen.

**H. Schä.-D.:** Und Angehörigengruppen, gab's das auch schon, so als Stationsangebot?

**R. P.:** Das wüsste ich jetzt nicht, nein, das kannte ich ... da hatte ich keinen Zugang, es wäre eher Zufall gewesen, dass ich so etwas sehen würde, aber wissentlich nicht, nein, das weiß ich nicht.

**H. Schä.-D.:** Und wenn man jetzt an den Patienten, an die Betroffenen selber denkt, wie viel Einflussnahme hatten sie denn auf die Gestaltung z. B. von Stationsmilieu, von vielleicht auch Aushandeln, z. B. was Medikamente angeht oder was Therapie angeht oder also auch so hinsichtlich Autonomie und Selbstständigkeit?

**R. P.:** Da kann ich mich erinnern, dass in irgendwelchen Beratungen Pläne gemeinsam erstellt wurden und die hingen dann auch aus. Tagespläne und Wochenpläne sehe ich, Farben, Tagespläne für den Patienten, für den Patienten, ja – und also, so wie mir das übermittelt wurde, wurden die wohl mit den Patienten gemeinsam besprochen und dann hatte sich der Patient daran zu halten. Mit, also das fing mit Frühstück an, 'ne Uhrzeit, ich sehe jetzt die Pläne vor mir, die also auf dem Korridor hängen, und ich sehe auch kleine Pläne in den Zimmern. Also, wie das mit den Medikamenten war, ob Patienten da mitsprechen konnten, erinnere ich mich nicht, muss ich echt sagen, glaube ich aber nicht.

**H. Schä.-D.:** Wie war das eigentlich, wie hat sich die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen dann verändert mit dem Ablegen der Dienstkleidung? Mal zu gucken, wie war die Zusammenarbeit so in den 1960er Jahren, was hat sich dann in den 1970er Jahren verändert und hat sich dann möglicherweise nochmals in den 1980er Jahren verändert? Was ich immer denke, ist, es gab ja so 'ne Zeit, wo man so eine Gleichmacherei betrieben hat, die auch nicht gut war, sondern wo's halt, war's denn tatsächlich so diese gegenseitige Anerkennung oder war's die nicht, ja?

**R. P.:** Ich glaube, das war an Personen gebunden. Ich sehe einen Oberarzt Sch., der hat auch unsere Prüfungen mitgemacht, und der, den würd ich jetzt gerne, jetzt gerne mal als einen Arzt sehen, der wirklich mit W., wenn ich mal den Patienten so jetzt vor mir sehe, ein echtes Partnerschaftsverhältnis interessiert war aufzubauen, Kritik geübt hat, den W. geholt hat, ihn zur Rechenschaft gezogen hat: „Ich hab mit dir ausgemacht ...“ – oder mit Ihnen, das war unterschiedlich, „und Sie haben das nicht eingehalten, das hat Konsequenzen.“ Aber auch mit dem dann saß und mit dem gequatscht hat so, das ist der Oberarzt Sch., das war 'ne sehr, sehr starke Persönlichkeit. Dann die Chefin, das war die Chefärztin B., die ist mit uns sehr resolut, die hatte ganz rote Haare und die ließ sich mit Frau B. ansprechen, eine sehr fesche Chefin, ich denke, mit ... die achtete auf Distanz, aber die gehörte zu denen, ich möchte mal sagen, die mit gewisser Brachialgewalt dieses Weg-mit-den-Grenzen betrieben hat. War eine von denjenigen, die auch gegen die Meinung des Personals, denn viele Pflegenden hatten ganz, ganz große Bedenken. Die Fenster waren ja auch verriegelt, keiner konnte das Fenster selber öffnen. Also, die Schwestern hatten zum Teil richtige große Ängste, was wird denn jetzt, wenn das jetzt alles weg geht, und da hat die mit, also, Besen gekehrt, da erinnere ich mich, da war die also sehr fesch. Zu Patienten könnt ich mir eher vorstellen, ob das so das nette, wirklich ehrliche, freundschaftliche ... weiß ich nicht. Ich glaub, das war so an Personen gebunden und mag sehr unterschiedlich gewesen sein. Und die älteren Pflegenden, die konnten sich da gar nicht dran gewöhnen. Für die war E. weiterhin E., die einfach, der man sagen musste, was zu erfolgen hatte. Es war unterschiedlich

**H. Schä.-D.:** Also, ich sag mal so, wenn man überlegt, wie war das denn im Zusammenhang mit der Arbeit, sei es auf chronischen oder auf Akutstationen. Wie kann man sich denn so absprechen, dass alle am gleichen Strang ziehen? Da geht es mir auch darum, wie ist die Zusammenarbeit, ob diese etwas taugt oder nichts taugt. Wer hat letztendlich das Sagen und bei wem laufen die Fäden zusammen usw.?

**R. P.:** Ich denke schon, die Hierarchie war festgefügt. In diesen Besprechungen wurden die Patienten, so will ich mal sagen, durchgesprochen, und da hatten sich alle dran zu halten. Also die sogenannten Akutstationen, das war dieses Haus, also dieses A-Haus und dieses B-Haus, die nenn ich jetzt mal die Akutstationen, die diese Schrittmacherposition einnahmen, wo die Chefs auch rumgingen und wo so viel Leben und Betrieb war. Ich glaube, dass da also eine festgefügte Hierarchie bestand und Pläne, Planung, Konzepte, an die sich alle zu halten hatten. Ich denke doch, wenn ich mal so rein aus der Erinnerung her, also die Pflegenden, also die Stationsleiter und die Vertreter arbeiteten mit den Ärzten eng zusammen, da verließ man sich aufeinander und das ging auch bis zur untersten Ebene so durch. Was also sagen wir mal Anweisungen, Umgangsformen, Besonderheiten, die wurden besprochen, ich denke, das war recht, recht gut organisiert. Deswegen konnte ich auch mit den Schülern da kommen, die füg-

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

ten sich, die wurden da voll integriert und das fügte sich da gut mit rein. Das hat, glaube ich, mit den Schülern auch so geklappt, weil das Gefüge dort so sicher war.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Sie jetzt dann mal gucken, wie waren denn die Versorgungsstrukturen. Also, gab's denn irgendetwas, was so außerhalb der Klinik, also außer dann in den 80er Jahren, wo dann die ersten Wohngemeinschaften oder auch wahrscheinlich Betreutes Wohnen oder wie immer man das genannt hat, entstanden ist. Wie war es denn vorher, wenn jemand entlassen, wo wurde er hin entlassen und wie wurde er versorgt? Spezifisch unter dem Blickwinkel: wie wurde er pflegerisch zu Hause versorgt?

**R. P.:** Also, ich weiß nicht, ob Ende der 70er, Anfang der 80er mit der Entlassung ein guter Übergang an eine nächste Möglichkeit erfolgte, weiß ich nicht, ich glaube nicht. Das, glaube ich, hat sich erst Ende der 80er, nämlich erst mit dem Auflösen der Klinik, dass da ambulant außerhalb der Klinik Strukturen entstanden, und ich glaube, auch in Leipzig auf Initiative, da waren dann immer zwei Männer, erinnere ich mich, die Pfleger waren, die wurden dann auch in Zeitungen genannt, die dann diese ambulante Betreuung aufbauten. Ich erinnere mich, der eine fuhr immer nach Dresden zum Gesundheitsministerium, da ging es dann um Geld und solche Dinge, mit dem habe ich selber noch eine Zeit lang ein bisschen zu tun gehabt, weil wir selber wollten ja doch ein eigene Schule gründen und wir haben uns dann in Dresden auf dem Gang getroffen und da hat er mir das dann gesagt. Aber Ende 70, 78, 79, 80, 81, 82, 83, so in der Zeit, ob da ein Patient, der aus der Akut entlassen wurde, in eine entsprechende Fachweiterbetreuung ging, möchte ich dahinstellen.

**H. Schä.-D.:** Wenn Sie an die Polikliniken denken, haben die eigentlich Patienten nachbetreut?

**R. P.:** Wenn ich so einen Poliklinik-Arzt sehe, Poliklinik war dafür nicht geeignet, in der Poliklinik waren Internisten, Allgemeinmediziner, könnte mir nicht vorstellen, dass da Psychiater waren, Psychiater in Polikliniken, nein. [Kurzes Gemurmel in der Runde, Aufzeichnung unverständlich.] Es gab keine Ambulanz, keinen ambulanten Bereich, der den Übergang nach draußen oder die Beziehung zum Hausarzt, hatten wir ja nicht, gab's ja nicht. Du gingst in die Poliklinik, es gab Neurologen draußen, aber Psychiater, die ambulant arbeiteten, da fällt mir jetzt keiner ein, wüsste ich nicht, wo da einer war. [Aufzeichnung erneut zum Teil unverständlich, da alle drei Interviewpartner gleichzeitig sprachen. Grob ging es darum, wer eingewiesen hat, und auch über die Arbeitsbedingungen, die nach der Wende dann dazu führten, dass viele Psychiater und Psychiaterinnen sich niedergelassen haben.]

**R. P.:** Es wurde über Entlassung nicht viel nachgedacht, der Patient wurde dann mit seinen Tabletten entlassen und ging dann in seine regional nahe liegende Poliklinik, denn niedergelassene Ärzte hatten wir ja ganz, ganz wenige.

**H. Schä.-D.:** Das ist dann ja erst später entstanden. Was glauben Sie denn, was die psychiatrische Pflege dazu beigetragen hat, dass es Menschen, die in der Psychiatrie waren, wieder besser ging? Frage auch nach der Qualität von Pflege. Denn ich denke, wir müssen auch sehen, was war denn eigentlich der Nutzen, den Menschen aus der Institution ziehen konnten für ihre Situation. [Wieder Durcheinanderreden, es ging um die Rolle der Pflege und deren Aufgaben, keine klare Aussage.]

**R. P.:** Ich denke darüber nach, ob mir jemand einfällt, an dem ich das vielleicht erlebt haben könnte. Mir fällt nichts ein, muss ich ganz offen sagen. Wo sind die, wo sind die jetzt, sind das Multiplikatoren für andere, haben die sich persönlich für die eingesetzt, haben sich die Situationen dadurch für die Patienten verändert da draußen, haben sich die Meinungen der Menschen gegenüber Patienten verändert?

**H. Schä.-D.:** Oder was haben Sie auf der Station gemacht, dass Menschen, was Sie vorhin gesagt haben, sich wohlgefühlt haben? Was haben Sie denn eigentlich gemacht, was vielleicht auch den einen oder anderen der Betroffenen dazu angeregt hat, einfach selbst einmal etwas auszuprobieren und sich nicht nur ins System einzufügen? Das wäre für mich ja auch immer so die Frage. Wo rege ich eigentlich immer auch einen psychisch kranken Menschen an, seinen eigenen Weg zu gehen, sein eigenes Krankheitsverständnis zu entwickeln? Und nicht einfach der Schizophrene zu sein oder so.

**R. P.:** Ja, also, Einzelne sind ja sicherlich sehr stark gewesen und haben Selbstbewusstsein bestimmt beim Patienten übermittelt, doch, doch, aber ...

**H. Schä.-D.:** ... es war kein so durchgängiges Phänomen.

**R. P.:** Nein, nein ... ja, warum geht das eigentlich nicht, das stimmt, die haben ja gearbeitet, die haben ja gewirkt, Einfluss gehabt und auch gemacht. Sicherlich haben die bei einigen, das kann ich Ihnen wieder sagen, einige Pflegenden einen sehr, sehr guten Eindruck hinterlassen bei Schülern, so dass die Schüler sich später für die Psychiatrie entscheiden konnten und gerne entschieden haben und freiwillig auch dort gearbeitet haben. Die Schiene hat auf jeden Fall geklappt, das kann ich mit Fug und Recht sagen. Nicht nur wegen dem Psychiatriezuschlag, den kriegten die ja und die anderen nicht, nein, die waren als Vorbilder so, dass die Schüler sich gerne nach dem Examen für die Psychiatrie entschieden haben. Was überhaupt nicht ging, ja, überhaupt gar nicht miteinander ging, war zwischen den Pflegenden der Psychiatrie und der Chirurgie. Die wollten überhaupt nichts zusammen zu tun haben. Ach, die sind da drüben verrückt, das ist eine Abwertung. Also die Anerkennung einer Pflege der Psychiatrie in der Chirurgie gibt's nicht, gab's nicht, gar nicht. Im Gegenteil, das hab' ich noch miterlebt, es wurde in den letzten Jahren, also, das war so Ende der 80er gewesen, da wurden Psychologen, die drüben im psychiatrischen Bereich arbeiteten, auf der Chirurgie eingesetzt und machten Visiten mit und sollten den Ärzten psychologische Hilfestellungen geben, das war eine Katastrophe. Da hab' ich Frühstücksgespräche miterlebt, das war ganz

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

furchtbar. Wenn der Psychologe draußen war, haben die Witze gerissen, nichts von dem, was damit eigentlich bezweckt werden sollte, ist da auch nur ein kleines bisschen angekommen, es kam null an. Kein Miteinander, von oben angefangen vom Chef bis runter zur kleinen Wartefrau, also von daher, selbst in einer Klinik, wo eng zusammen gearbeitet werden muss, war die gegenseitige Anerkennung, auch der Pflegedienstleitung gar nicht. Im Gegenteil so, wenn du eine Schülerin in der Chirurgie hattest, die sich ganz freiwillig die Psychiatrie gewünscht hat: „Ja, wo willst du hin, du bist ja nicht ganz sauber, du kannst doch nicht da drüben ..., du bist doch viel zu schade“, das hab ich auch gehört.

**H. Schä.-D.:** Hat sich das mit der Zeit geändert?

**R. P.:** Also die Anerkennung, die Lobby der Psychiatrie und das Selbstverständnis für die psychiatrischen Patienten gegenüber den chirurgischen Patienten vermag ich in der Zeit nicht einschätzen.

**H. Schä.-D.:** Das war sicher bei uns wie bei Ihnen so gewesen. Ich weiß noch, dass meine Stationschwester auf der Intensivstation, als ich da wegegegangen bin aus der Chirurgie und ich gesagt hab, ich gehe in die Psychiatrie, hat sie gesagt: „Ha Mädle, Du hasch doch net so a schlechts Exama gmacht.“ [Gelächter, es folgt wieder ein kleines Durcheinander an Gesprächen und kurzen Nebengesprächen.] Noch eine andere Frage: wie wurde in der Gesellschaft die Psychiatrie gesehen? Das zeigt ja dann eigentlich auch ein Abbild, was in der Psychiatrie so läuft.

**R. P.:** Vielleicht kann ich da nur mal so die Atmosphäre zwischen den beiden Kliniken dazu nehmen, nämlich das Klinikum St. Georg, dieses große Städtische Klinikum, das eine Krankenpflegeschule hat und in dem dann unsere Schüler theoretisch ausgebildet werden, und dann eben das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie. Also, die Pflegedienstleiterin des St. Georg: das sind die Spinner, null Anerkennung, also, die da aus Dösen kommen, die laufen nur mit. Und da konntest du Lehrer sein, da konntest du Schüler sein, du konntest Pflegedienstleiterin sein, das war, ich weiß auch gar nicht, die waren, das ist, das sind die Spinner, null Anerkennung, die Atmosphäre, das liegt schon in der Luft. Ich find, das hat sich überhaupt nicht geändert. Geändert hat sich vielleicht nur insofern, dass eben in dieser Klinik St. Georg die Pflegedienstleiterin jetzt aus dem Krankenhaus Dösen und auch die Schulleiterin ist. Das heißt, wenn wir ein bisschen gesät haben, dann ist die Saat insofern aufgegangen, dass einzelne Menschen die Leitung in dieser anderen Klinik haben. Ich bin auch stolz darauf, dass die Pflegedienstleiterin auch Schülerin bei uns war ... [Aufzeichnung unverständlich] Ist da nicht auch eine Parallele zu ziehen zwischen den Krankheiten, die auf der Seele liegen, und die im Körper sind ... [Aufzeichnung unverständlich] ... aber so viel, dass sich für seelische Erkrankungen oft entschuldigt wird. Und es ist auch bei unseren Ärzten noch so, dass sehr viel mit Medikamenten und so und weniger mit Psychotherapie behandelt wird. Ich weiß auch nicht, ob das überall so ist, aber wenn ich mich mit Schülern unterhalte, dann ist das so. Die kriegen ja auch Geld dafür, für die Psychotherapie, die machen ja jetzt ihre Psychotherapieweiterbildung, die ambulanten Ärzte, und können das sogar abrechnen.

**H. Schä.-D.:** Und wo gab es die Möglichkeiten für Pflegende innerhalb der Hierarchie oder innerhalb des Krankenhauses, also sich auch mal zu beschweren oder auch mal inhaltliche Dinge zu diskutieren oder auch, was gab es früher für Lehrbücher, was zum Nachlesen, was psychiatrische Pflege ist?

**R. P.:** Die Fachschwesternausbildung, davon wurde gesprochen, erinnere ich mich, das wissen Sie bestimmt besser, es kann sein, dass man in den 80ern damit angefangen hat, dass man hier eine Fachschwesternausbildung beginnen wollte ...

**H. Schä.-D.:** Die muss es schon länger in der DDR gegeben haben, wo ich immer gesagt habe, als ich das inhaltlich mitgekriegt habe, das ist eine Intensivpflegeausbildung mit Schwerpunkt Neurologie und 50 Stunden Psychiatrie. Das war böse, aber so habe ich das in Erinnerung und auch vermittelt bekommen, auch beispielsweise von der Akademie in Potsdam. [Kurzes interaktives Gespräch zwischen den Interviewpartnerinnen und mir über Erinnerungen diesbezüglich, die jedoch nicht erhellend waren.] Die Umstellung kam mit der Wende. Es wurden in den neuen Bundesländern nach und nach Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen erarbeitet. [Es folgen einige Erklärungen und Informationen, die nicht aufgezeichnet wurden.]

**R. P.:** Und Bücher – ja gut, vielleicht der eine oder andere hat sich dann wirklich interessiert, privat. Aber dass das besonders gefördert wurde, von übergeordneter Stelle Gelder gegeben wurden, dass Bücher vielleicht sogar mal auf die Stationen mit hinkamen oder so? Nein, ich denke mir, dass das rein auf privater Schiene gewesen ist, dass vielleicht der eine oder andere Arzt mal was mitgebracht hat und dann ein interessierter Pfleger da war, aber gesteuert bewusst, das nicht ...

**H. Schä.-D.:** Auch nicht die Fachpflege?

**R. P.:** Nicht, dass ich wüsste. [Aufzeichnung ist unverständlich und hat sehr viele Nebengeräusche, so dass nicht alles wiedergegeben werden kann.]

**H. Schä.-D.:** Wenn Sie die Zeit zwischen 1960 und 1990 nochmals ansehen, was glauben Sie, welche Entwicklung die psychiatrische Pflege gemacht hat, diese 30 Jahre sind ja eine lange Zeit der beruflichen Entwicklung. Wenn Sie hinsichtlich der Identität und Qualität, aber auch von Ihrer Qualifikation her das Ganze betrachten?

**R. P.:** Die Dinge vor allem, was die psychiatrische Pflege betrifft, sind selbstverständlicher geworden, dass psychisch Kranke in der Stadt unter uns leben in der Gemeinschaft, das Eingeschlossen- oder Weggeschlossensein, das ist ja nicht mehr, das ist ja schon nicht mehr ...

**H. Schä.-D.:** Was hat die Krankenpflege damit zu tun?

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

**R. P.:** Ja, dass von der Pflege her den Patienten mehr zugetraut wird, dass mehr Rechte eingeräumt werden, mehr Selbstbestimmung, selbst den chronischen, also ich glaub schon, dass wir jetzt besser ertragen können, dass wenn jemand die Hose verkehrt rum anhat, das ist nicht so schlimm, und dann kann er auch so einkaufen gehen, das glaube ich. Und darf ich das so verallgemeinern, so atmosphärisch glaube ich, dass – sicherlich nicht von allen in der Stadt – aber ein solcher Mensch, der seine Auffälligkeiten hat, vielleicht laut Selbstgespräche führt, ich seh’ jetzt solche jetzt vor mir, dann eine besondere Gangart hat, alle anspricht, dass der jetzt dazugehört, das glaube ich, das ist so. Selbst, wenn einer keine Ahnung hat von Psychiatrie und sich nie damit beschäftigt hat, kann er den, weil wir ja auch sonst viele Menschen unter uns haben, die Auffälligkeiten haben, viel selbstverständlicher erdulden und neben sich gehen lassen können. Die Situation stationär, da hab ich jetzt überhaupt keine Vorstellung, vor allem kann ich mir das nicht so richtig vorstellen, mitten in der Stadt in einem Hochhaus, wie leben die dort? Vielleicht habe sie schöne Räume und auch Möglichkeiten, aber kann so ein Mensch alleine rausgehen, das glaub ich ist schwer, was im Klinikum möglich war.

**H. Schä.-D.:** Wenn wir jetzt einmal das Krankenhaus komplementär zu den anderen Einrichtungen sehen, auch wenn wir die kurzen Verweildauern ansehen.

**R. P.:** Gut, vielleicht muss man Akutbehandlung trennen, er braucht intensive Behandlung, ich sehe jedoch auch die Schar der anderen.

**H. Schä.-D.:** Diese Schar sehe ich bei uns im Westen nicht so, sie sind nicht mehr im Krankenhaus, sie befinden sich in Wohnheimen, Wohngemeinschaften oder sonst wo, aber nicht mehr im Krankenhaus, denn das sind ja die sogenannten „Nicht-mehr-krankenhausbedürftigen“. [Es geht in der Runde etwas hin und her, wie chronisch kranke Patienten im häuslichen Bereich usw. genannt werden. Es wird auch kurz über die Entlassung aus den Langzeitbereichen in Gütersloh gesprochen und über die Psychiatriepolitik in den einzelnen Bundesländern.] Was wäre Ihnen jetzt sonst noch wichtig, was ich nicht gefragt habe oder was Ihnen noch einfällt?

**R. P.:** Ich bin jetzt neugierig geworden, ich werde mich erkundigen, wo die vielen Patienten geblieben sind, die ich jetzt vor Augen hatte, es sind nicht alle inzwischen gestorben, und ich bin überzeugt, dass viele inzwischen in der Stadt sind. Ich werde mich in Leipzig erkundigen. Ich kann mir auch vorstellen, dass vieles privat organisiert wurde, dass sich Mitarbeiter der Sache angenommen haben und sind mit den Patienten mit nach draußen gegangen. Haben Wohnraum beschafft, ganz bestimmt, habe alles nicht mehr weiter verfolgt, habe die Klinik und damit die Psychiatrie verlassen und dann eigentlich nichts mehr damit zu tun gehabt. Jetzt interessiert es mich einfach. Du liest zwar mal in der Zeitung was, aber sonst, aber das ist wenig.

**H. Schä.-D.:** Ja, dann herzlichen Dank! [Das Gespräch geht noch etwas persönlich weiter.]

## Interview mit Frau S. O. am 30. September 2008 in Leipzig

Schwerpunkte sind die Jahre 1980 bis 1990 in der Psychiatrie in Leipzig-Dösen

**H. Schä.-D.:** [Kurze Vorstellung des Interviewleitfadens und der Orientierungsfragen.] Fangen wir einfach so an, wie Sie die Psychiatrie zwischen 1980 und 1990 so erlebt haben und was Ihnen am meisten im Gedächtnis geblieben ist. Zunächst erst einmal die Frage, wie der berufliche Werdegang ist und wie Sie aus Ihrer Sicht die Entwicklung der psychiatrischen Pflege in der Zeit von 1980 bis 1990 sehen.

**S. O.:** Ja, beruflicher Werdegang, ich hab 1983 in einem Krankenhaus mit psychiatrischem Anteil, mit großem psychiatrischem Anteil die Ausbildung zur Krankenschwester absolviert bis 1986, habe im Bereich der Ausbildung alle Bereiche des Krankenhauses durchlaufen, die psychiatrische Anteile hatten, d. h. also Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Maßregelvollzug, würde man heute sagen, damals hieß es forensische Psychiatrie, sogar die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die eigentlich kein regulärer Bestandteil der damaligen Ausbildung gewesen ist, die tagesklinischen Bereiche, sofern sie damals so angesiedelt waren, also Tagespatienten mitbetreut, also alles, was das Spektrum damals bei uns hergab, und bin dann ja zunächst erst mal auf eine internistische Station eingesetzt worden, wobei in unserem Haus internistische Station auch immer psychiatrische Patienten hatte, das hat einfach das Krankenhaus, die Krankenhausstruktur so hergegeben, dass man nie nur 'ne chirurgische oder 'ne internistische Station hatte, sondern die Psychiatrie hat eigentlich alles durchdrungen.

**H. Schä.-D.:** Wie haben Sie denn miteinander zusammengearbeitet?

**S. O.:** Es gab unterschiedliche Kliniken mit Klinikchefs, und jede Klinik hatte so seinen Behandlungsschwerpunkt und trotzdem, sag ich mal, funktionierte es über Konsiliartätigkeit überwiegend, aber auch, sag mer mal relativ, würd ich sagen, kurze und flache Wege im Sinne des gegenseitigen Ergänzens, also, das funktioniert ziemlich gut, wenn internistische oder chirurgische Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten waren, dann sind die entweder in die anderen Kliniken gegangen oder haben die Patienten in ihre Kliniken übernommen und im Gegenzug, wenn auf der Inneren oder Chirurgie psychiatrische Konsultation notwendig war, sind die Psychiater dort hin gegangen oder haben die Patienten in ihre Klinik übernommen. Also, das ging unproblematisch und auch auf sehr kurzem Weg. Ja, und dann bin ich 1988 in die Ausbildung gegangen und habe dann Schüler in der praktischen Ausbildung in allen Bereichen unseres Krankenhauses damals begleitet, hab Unterrichtstätigkeit im Krankenhaus gehabt.

**H. Schä.-D.:** Also im Sinne von Praxisanleiter?

**S. O.:** Nein, im Sinne von Praxislehrer, hieß das damals. Man hat damals Theorie- und Praxislehrer unterschieden, der Theorielehrer war derjenige, der Anatomie und solche tollen Sachen unterrichten durfte, und der Praxislehrer hat Krankenpflege unterrichtet. Und ja, und in der Funktion hatte ich, weiß nicht, ich ein, zwei Schultage in der Woche und die andere Zeit hatte ich Gelegenheit, die Schüler quasi auf den Stationen vor Ort zu begleiten. Und da es ein Haus mit eben vielen Betten im Bereich der Psychiatrie war, bin ich natürlich sehr oft dort gewesen und hab also den Part dort sozusagen beobachten und ein bissl umgestalten können.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Sie diese Zeit angucken, wie hat sich da die psychiatrische Pflege entwickelt in Ihrer Tätigkeit oder und auch so?

**S. O.:** Also, als Schüler hab ich's erlebt, das war ja nun Anfang der 1980er Jahre, dass wenig somatische Tätigkeiten dort waren, also wenig das, was man auf diesen Stationen machen musste, also diese typischen Sachen wie Kreislaufkontrollen und so was, das spielte dort alles mit einmal keine Rolle, das hat, das war für uns erst mal ein bisschen, wenn man zum ersten Mal in der Psychiatrie eingesetzt ist, verwunderlich, was macht man denn hier so den ganzen Tag, und dann hab ich erlebt, dass die Hierarchien ganz anders waren als in andern Häusern oder andern Kliniken auch.

**H. Schä.-D.:** Flacher, oder wie?

**S. O.:** Schon flacher als wie in der Somatik, als wie in der Inneren oder Chirurgie, und trotzdem war natürlich ein Chefarzt ein Chefarzt oder ein Stationsarzt ein Stationsarzt und Ärzte haben sich sehr viel in, heute würd ich sagen, in pflegerische Belange auch, äh ...

**H. Schä.-D.:** ... eingemischt ...

**S. O.:** [lacht], ja, eingemischt, ja, ich wollte eigentlich sagen reingehangen, eingemischt, ja. Also, die haben sich oft in Themen gewagt, was Beobachtungen oder so was betraf, wo sich die Pflege damals auch so nicht abgrenzen konnte, wie's halt ist, na also, klare Aufgabenteilung oder klarere Aufgabenteilung hatten die nicht.

**H. Schä.-D.:** [überprüft nochmals das Tonband und fährt dann fort] Ich würd vorschlagen, dass wir einfach an dem Thema weitermachen. Sie haben ja angefangen mit der Entwicklung, wie Sie sie sehen. Mir wäre in diesem Zusammenhang sehr wichtig, was glauben Sie denn, was sich in den zehn Jahren 1980 bis 1990 zum Punkt Selbstbewusstsein der Pflege verändert hat, oder ob Sie sagen, da hat sich gar nichts verändert, das war eigentlich in der Zeit gleichbleibend?

**S. O.:** Also, es gab sicherlich Veränderungen in der Pflege, wobei ich denke, die sind eher durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen passiert. Diese Wendjahre, das Weggehen von viel Personal aus Ostdeutschland in die alten Bundesländer, diese Unzufriedenheit, die's auch in der Psychiatrie gab mit Hierarchien, führte mit einem Mal dazu, dass auch dort ein Stamm sehr versierten Fachpersonals weggebrochen ist.

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

Also, das war so eine Zeit, die ich so Ende der 1980er Jahre erlebt habe, wo mer so sagt, da waren mit einmal Leute, die für mich über viele Jahre also zum Haus dazu gehörten, die auch so, heute würde man sagen, die Leistungsträger des Hauses waren, die waren auf einmal weg, und da habe ich so einen Qualitätseinbruch erlebt, erst mal ja. Es fehlten mit einmal welche, gestandene Personen, die auch so von sich ein vernünftiges Verständnis von psychiatrischer Pflege hatten.

**H. Schä.-D.:** Was würden Sie jetzt sagen, was die pflegerische Identität in den Jahren war, also, wenn Sie an Aufgaben, an Aufgabenschwerpunkte eigentlich denken?

**S. O.:** Also, in der DDR lief das ja unter der Rubrik Medizinischer Hilfsberuf, und ich glaube, das war zum großen Teil das Verständnis der Pflegenden auch in der Psychiatrie, der Arzt sagt und wir führen's aus und wir wissen, was gut für den Patienten ist und der muss das dann machen. Ich glaub nicht, dass die sich so bewusst als Pflegenden mit einem eigenen pflegerischen Auftrag identifiziert haben, so wie man das heute so macht, sondern eher als Ausführer.

**H. Schä.-D.:** So als ausführendes Organ und weniger zum Beispiel, ich denk bei uns im Westen war ja doch relativ früh schon in den 1960er Jahren die Überlegung, dass die Pflege eigentlich für die Atmosphäre, das Klima, das Milieu der Station zuständig sei. Würden Sie das als Aufgabe so hier auch angesehen haben?

**S. O.:** Also, was Gestaltung und Beziehungsaufbau betraf, auf jeden Fall. Also, man hat schon versucht, die Rahmenbedingungen so zu schaffen, dass es für den Patienten angenehm war, im Rahmen dessen, was eben in so einem Krankenhausaufenthalt, wie man den eben angenehm gestalten kann. Beziehungsarbeit ist, denk ich, ist eh immer ein ureigenstes Thema der Pflege, das gehört eben einfach zum Aufgabengebiet dazu, und natürlich waren die Rahmenbedingungen unterschiedlich, also Struktur veraltet, viele Häuser, eben gerade psychiatrische Häuser, mit chronischem Geldmangel, wo einfach eher in somatische Bereiche investiert wurde, neue Betten überall, höhenverstellbar nach Möglichkeit, aber in der Psychiatrie erst später, weil gesagt wurde, die sind ja nicht wirklich krank.

**H. Schä.-D.:** Ich denke auch, dass es in der DDR nicht anders war als bei uns, dass die Psychiatrie so das letzte der medizinischen Disziplinen war.

**S. O.:** Das Anhängsel, das ungeliebte Stiefkind.

**H. Schä.-D.:** Ja, die Psychiatrie war relativ ganz am Ende anzusiedeln, zumindest bei uns, mit der Ausstattung, auch beispielsweise mit den Pflegesätzen, also, als ich 1975 nach Wunstorf ging, war der Pflegesatz so ungefähr 39,50 DM. Was glauben Sie denn, was die Pfleger und Schwestern damals in der Psychiatrie als ihre Hauptaufgabe angesehen haben? Wenn Sie mal so gucken, also ich denk, da gab es für mich so typische Merkmale, wenn ich an meine Zeit im Landeskrankenhaus denke. Was sich heute unterscheidet, will ich ja rauskriegen.

**S. O.:** Da denk ich schon, so ein Stück weit Beziehungsaufbau für alle, in allen Bereichen, dann ebenso großer Part dieses Behütende, also den Patienten schützen, schützen vor anderen Patienten, schützen natürlich z. T. auch vor sich selber, z. T. auch z. B. mit rigorosen Mitteln, Medikamentenerhöhung z. B., wenn man das Gefühl hat, das wär jetzt notwendig, bevor er richtig durchknallt. Ich denk, dass man schon da was identifizieren konnte als gewisse Tätigkeitsschwerpunkte, aber das nicht jedes Mal so genau benennen konnte, ich denk, das wird sehr unterschiedlich gewesen sein, es wird auch von Bereich zu Bereich ein bisschen verschieden gewesen sein. Damals gab es ja diese grobe Trennung in akute und chronische Psychiatrie und chronische Psychiatrie hatte eher einfach so den Charakter des Verwahrens. Patienten wurden ja damals über Jahre, über Jahrzehnte z. T. in Häusern verwahrt, im Prinzip ohne Perspektive, das war ja mehr oder weniger der Heimersatz, der Pflegeheimersatz, weil's eben wenig Heimplätze gab. In der Akutpsychiatrie, denke ich, waren die Erfolgsaussichten, wenn wir es mal so definieren wollen, noch ein Stück anders und damit vielleicht auch die Motivation noch ein bisschen anders. Chronische Psychiatrie, das war wirklich so ein bisschen Endstation.

**H. Schä.-D.:** Fällt Ihnen etwas dazu ein, wenn Sie in der Psychiatrie waren, was fiel dann auf, was psychiatrische Pflege denn sei?

**S. O.:** Nichts ... [lacht], das kann ich ganz kurz fassen.

**H. Schä.-D.:** Weil ich immer denke, ich hab schon relativ früh begriffen, was beispielsweise Intensivpflege ist, in der Ausbildung auf der Wachstation, aber in der Psychiatrie habe ich eigentlich nicht sofort ersehen können, was das ist. Ich kam da auf eine Akutstation in der Ausbildung, wo die Stationschwester zwar viel bestimmte, aber nicht sagen konnte, was eigentlich die psychiatrische Pflege ausmacht.

**S. O.:** Also, meine ersten psychiatrischen Gehversuche habe ich in der Forensik gemacht, was auch vielleicht ein krasser Einstieg ist, das war so am Ende des ersten Ausbildungsjahres, aus Personalmangel heraus, war dann, grade mal fehlten Leute, und da hab ich dann zugesagt, während der Ferien einen Praktikumseinsatz gemacht und wusste weder, was Forensik ist, noch geschweige denn, was so der Hintergrund der Patienten gewesen wär, und man hat mich so laufen lassen, gucke, wenn du Zeit hast, lies mal in den Akten, wenn du Fragen hast, dann frag, aber wenn man jemand fragen wollte, war nie einer da, der eigentlich die Fragen hätte beantworten oder erklären können, und ich glaube, sie haben für sich nicht definiert, was dort die Spezifik in diesem Bereich ist. Es war ein sehr hoher Anteil an ungelerten Kräften oder an ungeliebten Kräften, also Personal, was in anderen Bereichen nicht klarkam, die wurden halt dorthin gesteckt. Dann bin ich im zweiten Ausbildungsjahr auf 'ne Akutaufnahmestation gekommen, dort hab ich eher erlebt, dass es strukturiert läuft, die also klare Regeln hatten, Regelwerk, wie

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

mit Patienten umgegangen wird, in welchem Regelwerk die Patienten untereinander umgehen sollten, ich glaube, die waren eher vom Ansatz so, dass sie definiert hatten, was ist unser Aufgabengebiet, was machen wir hier eigentlich [lacht]. Das war damals gemischt, also Alkohol und Psychosen und Manien, alles auf einer Station, auch schwierig.

**H. Schä.-D.:** Die Patienten können voneinander profitieren, das hat auch seine Vorzüge, das heißt aber nicht, dass man nicht spezifische Therapien braucht. Ich finde diese gute Mischung ganz gut. Aber wenn Sie so gucken, was hat Ihnen geholfen in den zehn Jahren, Ihre eigene Identität in der psychiatrischen Pflege zu finden?

**S. O.:** Zum großen Teil Vorbildwirkung von den anderen Kollegen, die das schon seit vielen Jahren machen, die Ängste wahrgenommen haben, weil wenn man als Schüler in die Psychiatrie kommt und man hat noch keinerlei Hintergrundwissen über Krankheitsbilder, über Verhaltensweisen, wird man ja ins kalte Wasser geworfen, wenn man dann nicht jemanden als Orientierung hat, der sagt, häng dich an mich dran, ich erklär dir alles, ich zeig dir alles, von dem man sehr viel lernen kann, dann ist man sehr auf verlorenem Posten. Ich denke, den größten Teil habe wirklich von Kollegen zum Teil mit Fachweiterbildung, zum Teil ohne Fachweiterbildung übernommen und dann auch durch Negativbeispiel, wo ich mir gesagt habe, so wie die will man's nicht machen. Und viel gelesen, was so an Literaturquellen möglich war. Natürlich eher von den Vorgehensweisen her somatisch ausgerichtet, zuerst über die Krankheitsbilder kundig machen, weil ich kann mich eigentlich an kein Lehrbuch aus der Zeit erinnern, wo psychiatrische Pflege drinnen gestanden hätte, es waren alles Bücher der Krankheitslehre.

**H. Schä.-D.:** Es gab kein, überhaupt kein psychiatrisches Pflegebuch.

**S. O.:** Es gab ja nicht einmal ein richtiges Pflegebuch. Also, als ich gelernt hab, es gab vorher, warten Sie mal, das „Einmaleins der Krankenschwester“, das war so die Bibel hier in der DDR, das war ein Lehrbuch der Krankenpflege, das würde nach heutigem Standard irgendwo so dort enden, sag ich mal, wo die Technik behandelt wird. Aber dass spezifische Pflege auch, sag ich mal, krankheitsbildbezogen für Innere oder Chirurgie dort drin abgebildet wird, das gab's nicht.

**H. Schä.-D.:** Dann waren wir wohl gut dran mit unserer Juchli, oder?

**S. O.:** Ja, Juchli wurde ja dann manchmal so dann rübergeschmuggelt und wir hatten die dann auch irgendwie, zumindestens die Lehrkräfte hatten die, aber es gab kein Lehrbuch, wo das separat abgebildet wurde.

**H. Schä.-D.:** Die gab es zu meiner Zeit auch noch nicht, aber es gab das Buch „Krankenpflege“ und war im Thieme Verlag, nein im Kohlhammer Verlag erschienen, und es gab „Psychiatrische Pflege“, es gab ein Buch, das übersetzt wurde, von Annie Altschul, Anfang 1970, und dann gab es auch das Buch von Rave-Schwank und Winter-von Lersner, Erstauflage glaube ich 1973. Also, vielleicht waren wir da besser dran.

**S. O.:** Also, wie gesagt gab es Krankheitslehrebücher, also für psychiatrische Krankheitslehre gab's wohl, und da waren vielleicht versteckt drei Zeilen, was die Pflegekraft zu tun hat, aber das war nicht der Schwerpunkt auf der Pflege.

**H. Schä.-D.:** Obwohl, dieses Buch „Geisteskrankenpflege“ oder „Irrenpflege“ ist eigentlich in Leipzig entstanden, fällt mir grade dazu ein, von einem Dr. Scholz, der damals (1899) den Preis gewonnen hat und ein Krankenpflegelehrbuch schreiben durfte, auf 144 Seiten die ganze psychiatrische Pflege.

**S. O.:** Aber es ist interessant, dass Ärzte Bücher über Pflege schreiben, also.

**H. Schä.-D.:** Da muss ich sagen, da gibt's heute noch so zwei, drei pflegerische Details, z. B. wenn jemand außer Rand und Band ist und da gibt es ein Bild, wo zwei Pfleger einen solchen Menschen festhalten, und da steht drunter, dass der Kranke nur so lange mit Sorgfalt festgehalten werden sollte, so lange es notwendig ist, und das fand ich immer klasse, weil ich immer denke, die Leute werden heute zu schnell fixiert und zu lange fixiert und sonst was.

**G. R.:** [ist anwesend und wirft ein, dass sie im Nachhinein bei der Suche nach DDR-Literatur aus dem Bereich der Psychiatrie beispielsweise auf das Buch „Physiotherapie in der Psychiatrie“ gestoßen sei, in dem viele Hilfen auch für die Pflege standen.]

**H. Schä.-D.:** Ja, vielleicht gucken wir noch ein bisschen mehr in die Qualifikation rein, in die vielleicht auch zusätzliche berufliche Qualifikation für die psychiatrische Pflege, wie sie in der Ausbildung gewesen ist und nachher in der Weiterbildung in der DDR war, also in der Ausbildung, was hat denn die psychiatrische Pflege, die psychiatrische Krankheitslehre für eine Rolle gespielt, so dass man auch ein wenig vorbereitet war, um einfach auch vielleicht eine Identität zu erlangen. Also für mich war das wichtig, warum ich auch später in die Psychiatrie gegangen bin, hatte auch damit zu tun, wie mein Psychiatrieunterricht war.

**S. O.:** An meinen Psychiatrieunterricht erinnere ich mich gerne, es war ein sehr abwechslungsreicher, es war kein leerer Unterricht, es war ausschließlich Krankheitslehre, der sehr anschaulich gestaltet war, allerdings ohne Patientendemonstration, also doch eher rein theoretisch, aber in Stunden vielleicht so 40 Stunden ungefähr, würd ich sagen, in der Krankheitslehre, und wir haben dann ja, warte mal, im Krankenpflegeunterricht so ein Stück weit mal über psychiatrische Pflege gesprochen, aber eben also ultrakurz, obwohl wir ein Haus mit einem psychiatrischen Schwerpunkt waren. Ich denke mal, dass Häuser, die keine Psychiatrie vor Ort hatten, den Teil auch gerne noch kürzer gefasst haben, so wie ich eben, sag ich mal, Gyn-Einsätze oder so was, das ist für mich ganz kurz, also das ist oft, das gab's bei uns im Haus nicht, das spielte für mich keine Rolle, und so spielt für jemanden, der in einem Haus gelernt hat, was keine Psychiatrie hat, wahrscheinlich die Psychiatrie keine Rolle. Also in der Aus-

bildung hat es keinen hohen Stellenwert gehabt. Es kamen irgendwann so im dritten Ausbildungsjahr oder Ende zweites so ganz kurz mal, weil's noch abgehandelt werden musste, aber mit einem ganz kurzen Stundenanteil. Und ich denke für diejenigen, die an einem psychiatrischen Haus gelernt haben, spielt es eine andere Rolle, weil natürlich chronischer Personalmangel war, und man hat alles, was nicht woanders laut Lehrplan sein musste an praktischen Einsätzen, natürlich in der Psychiatrie erfolgten. Wir hatten einfach einen anderen Tätigkeitsschwerpunkt als Schüler in anderen Häusern. Das hat sehr viel, denke ich, mit Häusern zu tun gehabt, weil auch, ich denke, die Häuser die Planung gemacht haben, wo die Schüler eingesetzt sind, und nicht die Schulen. Also, so hab's ich als Schülerin wahrgenommen. Mit der Qualifizierung dann auf der Station, denke ich, war die Psychiatrie der Bereich, wo am längsten noch ungelernete Mitarbeiter eingesetzt wurden. Also natürlich Leitungsteam, das waren dreijährig Examinierte, dann gab's einen hohen Anteil auch an Krankenpflegehelfern, also Facharbeiter für Krankenpflege, die einjährige Ausbildung und einen relativ großen Anteil auch an ungelerten Mitarbeitern.

**H. Schä.-D.:** Bei uns auch, bis in die 1980er Jahre.

**S. O.:** Fachschwesterausbildung habe ich nicht so wahrgenommen, dass das unbedingt Bestandteil sein musste, um, sag mal, in der Psychiatrie irgendwo vorwärts zu kommen, also da spielten, denk ich, eher andere Sachen eine Rolle.

**H. Schä.-D.:** Was denken Sie, was da eine Rolle spielte?

**S. O.:** Ich denke, persönliche Eignung und Engagement, also das Sicheinbringen, weil, ich weiß nicht, wie oft die Fachweiterbildung angeboten wurde, ob man da so ohne Probleme an diese Weiterbildung auch herangekommen wäre, oder es sind ja auch viele Sachen reglementiert worden, so die eben nur gewisser Anteil, was weiß ich, pro OP immer nur ein, zwei Fachschwestern für Anästhesie in die OP-Weiterbildung, so ist es auch mit der Fachschwester für Psychiatrie gewesen und da es meistens zentral angeboten wurde, da ging man dann an die Bezirksakademie, da wurde ja aus allen Häusern delegiert und das war ja eine Ehre, wenn man hingehen durfte, und dadurch sind es eben wenige gewesen.

**H. Schä.-D.:** Wie viel würden Sie denn sagen, wie viel Prozent ungefähr in der Zeit fachweitergebildet waren, es ist ja interessant zu wissen, sind es eher so unter 10 % gewesen?

**S. O.:** Ich denke, unter 10 %, aber das ist eine sehr subjektive Einschätzung, weil ich damals noch nicht auf Personaldaten zugreifen konnte, eher so vom Gefühl her, bei manchen wusste man's, dass sie eine Fachausbildung hatten, bei vielen wusste man es aber auch nicht.

**H. Schä.-D.:** Klar ... Wenn Sie mal so gucken, was war in den Jahren denn für Sie gute psychiatrische Pflege?

**S. O.:** [lacht] Gute psychiatrische Pflege war, wenn Patienten sich wohl fühlten, wenn man eine Beziehung zu Patienten aufbauen konnte, wenn man selbstständig arbeiten konnte und wenn andere Berufsgruppen nicht reinge-redet haben und wenn diese Berufsgruppen das auch akzeptieren konnten, dass man selbstständig autonom arbeiten kann, also auch wenn, sag mir mal, eine Vertrauensbasis zu den Ärzten und mit den Psychologen z. B. existierte, das sind ja auch die Ansätze eines therapeutischen Teams gewesen, also wo das funktionierte, also wo man miteinander konnte, da war's ein sehr angenehmes Arbeiten. Dort, wo die Hierarchie, denk ich, krasser ausgeprägt war, war das schwierig, autonom zu arbeiten. Also auch diese Akzeptanz, dass man bestimmte Sachen anders einschätzen kann, weil man näher am Patienten dran ist, das war für mich immer wichtig.

**H. Schä.-D.:** Wenn Sie an die anderen Berufsgruppen denken, was waren denn die Hindernisse zur Zusammenarbeit oder Teamarbeit? Es gab ja auf der einen Seite Ärzte, ich weiß ja nicht, wie viel Psychologen bei Ihnen waren, Sozialarbeiter, also Fürsorger damals, oder auch Physiotherapeuten?

**S. O.:** Physiotherapeuten habe ich eher selten erlebt, nach dem Motto, da ist kein Bedarf, also auf den chronischen Stationen sowieso nicht und auf den Akutstationen, die Patienten blieben zwar lange, aber eh da mal eine Indikation gestellt wurde, dass da ein Physiotherapeut kommen sollte und bestimmte Sachen macht, das dauerte ewig, das haben die Pflegekräfte so mit übernommen, alles was an Mobilisation oder so was zu machen war. Psychologen kann ich mich eigentlich auch nur an einige wenige erinnern, die dann auch nicht stationsspezifisch eingesetzt waren, sondern eher klinikweit eingesetzt waren, die sind dann von Station zu Station gegangen. Ja, dann gab es den Stationsarzt, dann gab's meist noch den Oberarzt und dann den Chefarzt, soviel andere Berufsgruppen, Sozialarbeiter auch eher, sag ich mal so, eher mehrere Bereiche betreut und deshalb nur punktuell mal kommend und „ich nehm' mir jetzt mal den mit und geh' mal mit dem und kläre das“, also, sag ich mal, eben für eine ganze Klinik im Einsatz und deshalb, sag ich mal, nicht gut als Ansprechpartner fungierend, da musste man immer gucken, wie man sie erwischt. Das war, ja na.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Sie die Zusammenarbeit beschreiben würden, wie würden sie diese beschreiben, auf welcher Ebene war die Zusammenarbeit und wo gab es so etwas Gemeinsames für den Patienten, was man heute vielleicht mit einer integrierten Behandlungsplanung bezeichnen würde. Das hat man ja damals nicht so gesagt.

**S. O.:** Das hab ich damals ehrlich nicht so erlebt, z. B. Fallbesprechungen oder so gemeinsame Visiten, sag ich mal so – wobei Visite war, einer sprach und der Rest hörte zu und das war im Regelfall der Arzt, der gesprochen hat, manchmal auch der Patient, ganz selten die Pflegekraft. Also so Fallbesprechung und so was hab ich nicht erlebt, bei Problemfällen z. B., wenn man das Gefühl hatte, da eskaliert irgendwas, dann war man gezwungen, sich mal zusammzusetzen, aber dass man sagt, dass das eine feste Institution war, wo gesagt wurde, was weiß ich, ein Mal oder zwei Mal in der Woche Fallbesprechung, habe ich so nicht erlebt.

**H. Schä.-D.:** Und wie war das mit der Einbeziehung der Angehörigen?

**S. O.:** Angehörige ist sicherlich dahingehend problematisch, weil's natürlich für die Angehörigen auch eine Belastung ist, einen psychisch Kranken als Angehörigen zu haben. Es ist ja immer noch ein Makel in vielen Situationen, also, ich denke, dort, wo die Angehörigen es wollten, hat man es im Rahmen dessen, was möglich war, versucht, dort, wo der Angehörige nicht wollte, ging's auch ohne ihn, also, da hat man eher ... na ja.

**H. Schä.-D.:** Ich hab's ja eher so erlebt, dass in der Zeit, zumindest was bei uns die Landeskrankenhäuser waren, ja eigentlich die Angehörigen eher nicht willkommen waren, sondern eher gestört haben, und dass entsprechend auch gehandelt wurde, aber dass das, ich denke, das mit den extremen Besuchszeiten, war das schon ein Problem.

**S. O.:** Ja, die Besuchszeiten waren reglementiert, das hab ich auch so erlebt, also zwei Mal die Woche, im Regelfall mittwochs und am Sonntag dann. Sie waren willkommen, wenn die Patienten Ausgang hatten und dann auch mit dem Patienten mal einen Spaziergang hatten, das war in Ordnung, ansonsten habe ich nichts wahrgenommen, was man z. B., sag ich mal, zur Veränderung des Verhaltens oder was sein kann mit Nebenwirkungen auch mal mit dem Angehörigen auseinandergesetzt hätte, weil viele Patienten kamen ja immer wieder und man konnte ja, sag ich mal, über einen längeren Zeitraum begleiten und man konnte ja sehen manchmal, ob die Intervalle kürzer oder länger wurden, man hat geguckt, was sie an Medikamenten hatten und ob sie das gut vertragen oder nicht, und da hätte man die Angehörigen gut einbeziehen können, das ist aber, also es ist sicherlich ab und zu passiert, aber nicht so häufig und dann immer ohne den Patienten. Also noch mal, der Arzt hat mit dem Angehörigen gesprochen, aber dass der Arzt mit dem Patienten und dem Angehörigen gemeinsam, das wär' was sehr Exotisches gewesen.

**H. Schä.-D.:** Wie war es denn, wie war denn die Verkehrsverbindung nach Dösen?

**S. O.:** Das ist ein typisches Krankenhaus am Rande der Stadt, also mit der Straßenbahn und dann musste man mit dem Bus 'ne Haltestelle fahren. Also schön weit weg.

**H. Schä.-D.:** Denke ich, ist aber nicht so weit. Weil ich immer denke, also wenn ich an Riedstadt, was ja für uns zuständig war als Landeskrankenhaus, wenn ich an Hessen denke, dann ist mir klar, warum die Leute nicht kommen, weil, wenn die von Offenbach nach Riedstadt mussten, war dies eine Tagesreise, und wenn z. B. der Zug Verspätung hatte, zu spät ankam, dann konnten sie unverrichteter Dinge wieder abziehen, weil sie ihre Angehörigen nicht mehr besuchen konnten. Und wenn man die Besuchssituation anguckt, da gab's doch Besucherzimmer, und in den Besucherzimmern waren dann am Sonntag so 30 Angehörige vielleicht bei den 1.000 Patienten, und da konnte man auch kein privates Wort irgendwo reden, also von daher war's für mich eigentlich ganz verständlich, dass man sich als Angehöriger falsch am Platz fühlen musste.

**S. O.:** Also, das war so problematisch in der Dösener Psychiatrie nicht, man konnte mit der Straßenbahn und die Busse fahren, sagen wir mal, halbstündlich und das war auch 'ne Strecke, die man zu Fuß in 'ner Viertelstunde Fußmarsch hätte zurücklegen können, es war also nicht so, dass es am Ende der Welt war, es war zwar schon ein bisschen abseits, aber gut erreichbar. Daran hätt's wahrscheinlich nicht gelegen.

**H. Schä.-D.:** In den 1980er Jahren war's natürlich auch schon ein bisschen anders [Aufzeichnung unverständlich, es ging darum, nicht den Angehörigen die Schuld in die Schuhe zu schieben, sondern auch den eigenen Anteil zu sehen]. Aber wie war denn auch die Stellung und auch die Einflussnahme von Betroffenen in der DDR in der Zeit, so auch z. B. auf die Therapie oder auf irgendwelche Veränderungen innerhalb der Rahmenbedingungen oder solche Dinge?

**S. O.:** Ich glaube, dass der Status der Betroffenen, der Status des Patienten eher so war, dass er kaum Mitspracherecht hatte, also, ist vielleicht auch ein Stück weit abhängig vom Krankheitsbild jeweils gewesen, sag ich mal, wie kooperativ oder nicht kooperativ Patienten waren, aber z. B. solche Sachen wie Verantwortung von Medikation und solche Sachen: „nee, eigentlich möchte ich nicht so viele Medikamente nehmen“, dann ist das zwar gehört worden, aber nicht in jedem Fall auch irgendwo umgesetzt worden. Also er war, denk ich, nicht Partner, zumindest, sag ich mal, war da ein sehr großes Gefälle zwischen den Partnern.

**H. Schä.-D.:** Also, weil ich das immer so erlebt hab, und das ist ja heut noch so, dass man in der Klinik eigentlich wenig überlegt, was es so für andere Therapiemöglichkeiten möglicherweise gäbe, und viele Sachen eigentlich auch nicht ausgehandelt werden.

**S. O.:** Ich glaube, das Spektrum der Therapiemöglichkeiten war sicherlich auch nicht so breit, also, ich hab erlebt, dass überwiegend mit Medikamenten, also medikamentöse Therapie stand im Vordergrund, dann gab's halt noch so ein bisschen Ergo und so ein bisschen Sport, aber das war's auch eigentlich schon, und natürlich Gesprächsrunden, aber, sag ich mal, das breite Spektrum, wie's man heute hat, war nicht. Die Räumlichkeiten waren nicht entsprechend, also kleiner Gruppenraum eher undenkbar, es gab nur große Aufenthaltsräume und meistens standen auch noch ein paar Betten mit drin, also, ich würd sagen, einen Gruppenraum, wo man aus 'ner Station mit 30 Patienten jetzt 'ne Kleingruppe von fünf oder sechs bilden, die Räumlichkeiten gab's nicht, also zumindestens Anfang der 1980er war das einfach nicht vorhanden, man hatte dann ja vielleicht Gruppen geführt, vielleicht halbe Stationen, das war so die Größe, wo gesagt wurde, da konnte was gemacht werden und ja, Gesprächsrunden, Großgruppen, so was eben, ganze Station sitzt dann in einem Raum und dann wird gesprochen, aber so anspruchsvoll wie's heute ist und so differenziert wie's heute ist, war das damals nicht. Also, ich glaube, da sind viele Therapien eben sehr auf medizinischer Ebene einmal abgehandelt wurden. Also, das Ruhigstellen, erst mal

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

beobachten, erst mal abwarten, wie sich's entwickelt, natürlich Gespräche führen, an der Medikation rumbasteln, das war so, was ich aus ärztlicher Sicht im größten Teil wahrgenommen habe, wenig ...

**H. Schä.-D.:** Wenn Sie an die Versorgungsstruktur denken, was ist gelaufen, wenn die Menschen dann entlassen wurden?

**S. O.:** Was gab's für Möglichkeiten ...

**H. Schä.-D.:** Sagen wir mal Nachsorge oder verwandte Einrichtungen anschließend?

**S. O.:** Ja, ich überlege grade. Es gab wenig niedergelassene Psychiater, das war damals noch nicht so. Das kann man an einer Hand abzählen, wie viele Psychiater es gab. Es gab ein paar Ambulanzen, wo die weiter betreut werden konnten.

**H. Schä.-D.:** Also Polikliniken meinen Sie?

**S. O.:** Ja genau, Polikliniken, und ansonsten so was wie Angehörigengruppen oder so was, das gab es nicht, Sie sind mehr oder weniger ...

**H. Schä.-D.:** Konnten die nicht alle in die Poliklinik gehen?

**S. O.:** Ja, aber bei der Menge der psychiatrischen Erkrankungen war das natürlich nicht bedarfsdeckend. Also, ich denke, zum großen Teil sind die Leute einfach nach Hause, das war eben so.

**H. Schä.-D.:** Was denken Sie denn, wie viele in den Polikliniken versorgt wurden, wenn Sie mal Pi mal Daumen so prozentual angucken, denn die Polikliniken hatten, denke ich, schon ein gutes Konzept, hatten zumindest auch, wie ich sie von den Menschen erfahren habe, die ich kennengelernt hab, sowohl zu DDR-Zeiten als auch danach, und worum wir damals auch sehr gekämpft haben, dass eigentlich die Polikliniken erhalten bleiben sollten, was ja nichts genutzt hat.

**S. O.:** Na gut, jetzt heißen sie anders, jetzt heißen sie Medizinische Versorgungszentren, aber wir nähern uns ja in vielen Sachen, zumindest in der Ostregion, doch wieder dem Prinzip der Polikliniken.

**H. Schä.-D.:** Ja, aber sie haben ein bisschen andere Aufgaben, die Polikliniken, vor allem vom Prinzip her und vom Finanziellen her.

**S. O.:** Aber der Grundgedanke Poliklinik ist ja doch noch irgendwo in den Köpfen da, was ich so erlebe. Ich kann das nicht so genau sagen, wie viele dort angebunden waren, wie viele das sind, weil man das immer nur punktuell erlebt hat, und es war schon so, dass, ich will mal sagen, einen gewissen Tourismus gab, es aber ein gewisses Patientenklientel, die waren in allen, sag ich mal, psychiatrischen Häusern präsent, die waren ... wurden sowohl in der Uni behandelt als auch in Altscherbitz als auch bei uns, da gab's auch keine eindeutige Zuordnung, d. h. wir konnten nie sagen, ob die in der Zwischenzeit nicht woanders auch mal stationär gewesen wieder sind, also da ...

**H. Schä.-D.:** Und welche Rolle hat die Pflege in der Nachsorge gespielt, in der Zeit?

**S. O.:** Ich denke eher auch keine, also sag ich mal, wenn es nicht so was wie Tages- oder Nachtambulanz gab, die Leute lebten dann eben wieder in der Familie, waren so ein bisschen wunderlich, eben Exoten, aber dass dann jemand sich im Sinne von ambulanter Pflege oder Anbindung irgendwo gekümmert hätte, die Strukturen gab es ja so nicht.

**H. Schä.-D.:** Was glauben Sie denn, was in der Zeit psychisch Kranke für 'ne, ich sag mal so, für ein Ansehen in der Gesellschaft in der DDR hatten?

**S. O.:** Also, über eine psychische Erkrankung hatte man nicht gesprochen, das war ein bisschen ein Tabu-Thema. Die Leute waren dann eben mal weg im Krankenhaus. Man hat dann nicht darüber gesprochen, in welchem Krankenhaus sie waren, und wenn es ihnen besser ging, dann waren sie wieder da. Ich kann mich nicht entsinnen, jemals Zahlen gehört zu haben, welche Prozentsätze psychisch erkrankt sind, welche Prozentsätze suchterkrankt sind, das waren ja Zahlen, die sind so nicht transparent gemacht worden, also sicherlich gab es auch Statistiken, aber man hat das nicht, man hat das kaum publiziert. Wenn man es wusste, denk ich, ist schon eine Ausgrenzung erfolgt, weil es ist ja doch ein Makel, psychisch krank zu sein.

**H. Schä.-D.:** Was mich interessieren ...

**S. O.:** ... andererseits sind sie beruflich nicht ausgegrenzt worden.

**H. Schä.-D.:** Danach wollte ich grade fragen ...

**S. O.:** Also, ich entsinn mich an Kolleginnen und Kollegen, die selber psychisch krank waren und die trotzdem weiter arbeiten durften. Man hat die also nicht, mh ..., die waren nicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig, man wusste das, man konnte damit umgehen und sie konnten immer wieder ins Kollektiv zurückkehren. Sie sind aufgefangen worden, sozusagen.

**H. Schä.-D.:** Es wäre eine weitere Frage, die in diesem Zusammenhang für mich ganz interessant wäre, was glauben Sie denn, was von den gesellschaftlichen Aspekten letztendlich ja eigentlich auch psychisch Kranke in der Gesellschaft auf der einen Seite gehalten hat, aber so vielleicht auch nicht ausgegrenzt hat, das war sicher zum einen die Arbeit, der Anspruch auf den Arbeitsplatz. Da glaub ich schon, dass das eine ganz, ganz große Rolle spielt, weil das war im Westen anders, sie sind sehr früh aus den Arbeitsplätzen rausgeknallt.

**S. O.:** Ja, der Staat hat schon, denk ich, irgendwo seine Verantwortung für seine Bürger, also auf irgendeine Weise auch wahrgenommen, und dazu gehört es auch, dass man sich auch um die Patienten mit psychischen Erkrankungen kümmert, in welcher Art und Weise, also wenn sie dann nicht mehr im Arbeitsleben, häufiger krank waren, musste man eben schauen. Klar sind sie auch manchmal, wenn es gar nicht mehr ging, ausgesteuert worden,

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

haben dann eben Rente bezogen, und wenn sie eben chronisch erkrankt waren, dann mussten sie eventuell in einer chronischen Abteilung eines Krankenhauses verbleiben, aber sie sind jetzt nicht, da gab es den sozialen Abstieg nicht, sie sind immer irgendwo, von irgendwas aufgefangen worden und waren irgendwie abgesichert. Also Arbeit war, denk ich, schon ein ganz, ganz wichtiger Schwerpunkt, weil der Arbeitsplatz blieb im Regelfall frei, also da, der blieb erhalten, wenn die Chance war, dass derjenige wiederkommen konnte.

**H. Schä.-D.:** Und wenn Sie jetzt nochmals die Rahmenbedingungen in der Psychiatrie selbst angucken, so von den räumlichen Aspekten, aber auch von der beispielsweise Pflegepersonaldichte und solche Dinge usw.?

**S. O.:** Ich kann mich entsinnen, ich war zweites Ausbildungsjahr auf einer Station, ich würde sagen in der chronischen Psychiatrie – ich war da eigentlich nicht eingesetzt – ich war auf einer Akutstation – mit einmal hieß es, es ist 'ne halbe Station krank, und da haben sie drei Schüler aus der ganzen Klinik zusammengezogen und jetzt geht ihr mal rüber und ihr müsst jetzt dort mal die Station am Laufen halten, und es war wirklich so, dass es Tage gab, wo zwei Schüler alleine im zweiten Ausbildungsjahr die Station mit 35 Patienten betreut, geschaukelt haben, und da hat sich keiner dran gestoßen. Es hieß, es gibt 'ne Oberschwester im Hintergrunddienst, wenn was ist, meldet euch, und ohne, dass wir irgendwelche Kenntnisse hatten, denn die Theorie lief erst Ende des zweiten, hat man uns auf die Menschheit losgelassen. Es ist nichts passiert, Gott sei Dank, aber Personalbemessung – Akutstation musste abgesichert werden, weil da wusste man ja nie, wer da kam, in den Bereichen, wo es an und für sich ruhiger läuft, chronischer Bereich oder Stationen, wo die Patienten nicht mehr so akut waren, wurde die Personaldecke ganz schön dünn gehalten.

**H. Schä.-D.:** Vielleicht auch ein bisschen, also so war's ein bisschen bei uns, dass eigentlich gedacht wurde, na ja, die Chronischen, die merken nicht so viel, was da um sie rum passiert, ein Stück weit so auch?

**S. O.:** Also, ich kann mich auch nicht entsinnen, dass da Therapien gelaufen sind, also meine Tätigkeiten beschränkten sich dort auf das Vorbereiten des Frühstücks, also auf Küchendienst, darauf, die Leute zu wecken, zu gucken, dass sie früh zur Arbeit, zur Arbeitstherapie gingen, die haben bei uns ins der Gärtnerei gearbeitet oder im Heizwerk oder in der Küche oder in der Wäscherei, das waren so die typischen Einsatzbereiche, und ja, natürlich dass sie die Medikamente nahmen, gucken, dass alles so ein bisschen ordentlich aussah, aber eigentlich im wirklichen Sinn keine Pflege, Therapien liefen nicht, es war eben bloß arbeiten, es war so, es war eben ihre Heimat, sie haben dort gelebt.

**H. Schä.-D.:** Aber es gibt ja außer Arbeit noch etwas anderes, üblicherweise Freizeitgestaltung oder sonst was, haben Sie das Gefühl gehabt, es ist irgendetwas noch gelaufen?

**S. O.:** Also, wenn wir es gemacht haben, dann lief was. Also, ich hab ja, sag mir mal, ich war ja andererseits auf einer ganz anderen Station. Ich hatte mit einmal ganz viel Zeit dort für die Patienten, das war für mich erst mal ganz ungewohnt, nicht zu schließen und wie das zu DDR-Zeiten war, Essensversorgung war eben eimerweise Äpfel oder so was, die dann zum Mittagessen geliefert wurden, die Patienten mochten die dann irgendwann nicht mehr und dann haben wir uns eben hingestellt und haben dann mit den Patienten gemeinsam Kuchenteig geknetet und Apfelkuchen gebacken oder man hat sich ein paar zusammengenommen und Mensch-ärgere-dich-nicht gespielt. Der Fernseher spielte natürlich eine Rolle, wobei nur zwei Sender waren, d. h. die Fernsehmöglichkeiten waren stark eingeschränkt. Und viel mehr lief eigentlich nicht. Also, wenn wir nicht irgendetwas gemacht haben, Freizeitgestaltung war schwierig, war mh ...

**H. Schä.-D.:** Bei uns ist ja schon dann in den 1980er Jahren die sogenannte Enthospitalisierungswelle gelaufen, gab's in der DDR auch solche Bestrebungen?

**S. O.:** Die Enthospitalisierung hab ich bewusst erlebt, in den Nachwendejahren, sag mir mal so Anfang der 1990er ging das so hier los, dass man gesagt hat, es kann doch nicht sein, dass jemand wegen einer psychischen Erkrankung in einem Akutkrankenhaus 10, 15, 20 Jahre verbleibt, und dass man dann im Schritt eins, was sicher nicht ganz korrekt war, die chronischen Stationen erst mal in Pflegeheime umgewandelt hat und im Schritt zwei dann geguckt hat, Außenwohngruppen zu finden, die Leute dann in Heime überzuleiten, in WGs, im Rahmen dessen, was die Fähigkeiten dann auch noch waren. Das ging dann relativ schnell. Das war so, das hab ich dann aus einer anderen Perspektive so ein Stück weit auch noch mitgesehen, weil dann gab's 'ne Umstrukturierung und ich gehörte dann sozusagen zur Pflegedienstleitung als Stabsstelle mit dazu, hatte dann so 'ne Funktion als Schwester für Fort- und Weiterbildung und hab also den Part, sag ich mal so, seit Anfang der 1990er Jahre relativ bewusst wahrgenommen, dass ganz schnell im Prinzip umstrukturiert wurde, auch die Räumlichkeiten verändert wurden, mit einmal ein wohnliches Umfeld geschaffen wurde, und dann aber auch wie die Bewohner, die Patienten aus dem Krankenhaus raus waren. Also, das war, denk ich, erst Anfang der 1990er Jahre.

**H. Schä.-D.:** Das hat mich einfach interessiert, weil ich denk, das ist auch glaub ich ja z. T. ein bisschen unterschiedlich auch bei uns gelaufen. Viel in den 1980er und 1990er Jahren, aber ich kann mich auch schon in den 1970er Jahren erinnern, wo wir die Leute in bestimmte Heime gebracht haben, ich habe so ein Heim mitbetreut.

**S. O.:** Ich denke, die Strukturen waren anders, Pflegeheimplätze gab's zu wenig, die klassischen Pflegeheime und die Strukturen der Behindertenhilfe sind erst nach der Wende entstanden. Der Eigenbetrieb der Stadt sind zuständig für die Behinderteneinrichtungen sozusagen. Das war vorher, zum Beispiel die Ribbeckstraße, die ist relativ bekannt von Leipzig, das war früher eine Außenstelle des Bezirkskrankenhauses Dösen, das war einfach unsere Außenstelle, und die ist dann einfach umstrukturiert worden, gehört jetzt zur Stadt, zur Behindertenhilfe, dort sind

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

ganz viele ehemalige Patienten sozusagen jetzt als Bewohner, also, es ist vielleicht auch nur ein Verschieben gewesen.

**H. Schä.-D.:** Wie war es denn, wenn Sie an die 1980er denken, wie war es denn mit der Organisation der Pflege, also, ich denke mit der berufspolitischen Organisation, was gab's denn für berufspolitische Möglichkeiten überhaupt, zunächst mal für die Psychiatrie, ich glaub, man kann es nicht nur für die Psychiatrie alleine sehen, sondern letztendlich nur insgesamt?

**S. O.:** Also, Berufsverbände gab es, die für alles zuständig waren, nicht spezifisch nur, die haben eben auch Katastrophenschutz und alles mitgemacht, was eben so ureigenste Aufgabe des Roten Kreuzes war, also Berufsverbände, berufspolitische Organisationen eher nicht, Organisation der Pflege innerhalb der Häuser auch eher nicht, da waren eher die strikten hierarchischen Strukturen, Oberin, damals noch oft genannt, obwohl wir ja eigentlich keine traditionell kirchlichen Häuser hier hatten, also die Oberin und dann die Oberschwester und unter der kam dann die Schar der Stationsleiter, Stationsschwester, Stationspfleger, und dann kam's Fußvolk, und dass es irgendwelche Gremien gegeben hätte, wo man sich austauscht, Arbeitsgruppen, wo man solche Themen bespricht, hab ich nie erlebt Also auch die Fort- und Weiterbildung ist bei mir ganz weit weggerutscht in den 1980er Jahren, ich erinnere mich z. T. gar nicht.

**H. Schä.-D.:** Wichtig wär mir, ob es nicht irgendwelche Zugehörigkeitsgruppen gab oder auch Vertretungen, ob man Personal- oder Betriebsräte gut findet, ist noch mal 'ne andere Geschichte, so wie sie sich manchmal aufführen, für mich war immer so viel Struktur in der DDR, mir ist viel später aufgefallen, dass es in der DDR viel weniger Struktur eigentlich in dem Bereich gab.

**S. O.:** Es gab auf politischer Ebene, es gab so etwas wie Parteileitung des Hauses, und die Gewerkschaft, die's gab, das war die Betriebsgewerkschaftsleitung, genau, ja, das war, wie hieß denn die, Deutscher Gewerkschaftsbund [lacht], SDGB, da waren alle Gewerkschaften sozusagen gebündelt, und ja, da gab's natürlich ein, zwei Mal im Jahr eine Gewerkschaftsversammlung, aber da ging's weder um arbeitspolitische Themen noch um besondere Belange der Mitarbeiter. [Anmerkung: die Gewerkschaft war eigentlich ein verlängerter Arm der Politik, wobei es nicht darum ging, die Arbeiter oder Angestellten, die Mitarbeiter zu vertreten.] Es gab ja auch in diesem Sinne keine Tarifverhandlungen oder so was, das gab's ja alles nicht. Es war zwar eine Gewerkschaft, aber die Aufgaben, die die Gewerkschaft im Regelfall wahrnimmt, waren ja hier nicht notwendig, der Staat hat ja alles reglementiert. Da gab's auch keine Streiks oder Kämpfe für Tarifierhöhungen oder solche Sachen, das war nicht. Das war eigentlich, glaube ich, auch von der Politik nicht erwünscht, dass sich irgendwelche Berufsverbände bilden, egal in welchem Beruf, also ob es nun Krankenpflege oder andere Berufe waren, also, wir sagten immer so aus Spaß, Kinder, wenn drei zusammenstehen, kommt bestimmt einer von der Stasi und bringt die wieder auseinander. Weil man immer so gesagt hat, also, stehn dreie rum, dass die sich dann organisieren, dass die Deutschen immer einen Verein gründen oder so, und das wurde nicht gefördert, immer gefürchtet. Ich weiß, dass es Gremien gab, wo die Oberinnen der Häuser miteinander in Kontakt standen, das wurde staatlich reglementiert und da ging's eher um Wettbewerb, so wer wie besonders effektiv arbeitet und natürlich Krankenstand, also vornehmlich volkswirtschaftliche Kennziffern, die sind da besprochen worden. Aber ich denke nicht, dass da auf politischer, berufspolitischer Ebene gesprochen wurde.

**H. Schä.-D.:** Also, Ende der 1980er Jahre hat sich ja dann die Gesellschaft für Kommunale Psychiatrie gegründet in der DDR, die dann übergegangen ist in die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie nach der Wiedervereinigung. Das muss, ich meine, es wäre so 1985 oder 1986 gewesen, so viel ich weiß.

**S. O.:** Es gab sicherlich dann so Ende der 1980er Jahre, wo's auch schon so Bestrebungen gab ...

**H. Schä.-D.:** ... wo Aufbruchstimmung war

**S. O.:** ... wo dann der Staat in der Allmacht nicht mehr ganz so streng war, weil sicherlich alles so ein bisschen gewackelt hat und er dann eher ein Auge zugeedrückt hat und gedacht hat, wenn ich da gut aufpasse und das unter meinem Auge passiert, dann lasse ich das lieber zu, als dass es unkontrolliert ist. Aber vorher, da war es ... Ja, in der geschulterten Aufbruchstimmung, da wurde eher locker gelassen, sozusagen.

**H. Schä.-D.:** Das ist so etwas, wo ich immer so denke, auf der einen Seite gab's ja schon so diese Reglementierung und ich hab mir immer so gedacht, da wäre es eigentlich ein Kleines gewesen, da Interessensdinge mit einfließen zu lassen, war das nie der Fall?

**S. O.:** Es war eben eine Anbindung an den Rat der Stadt, da gab's einen Kreisarzt und dem Kreisarzt unterstanden eben – oder Bezirksarzt – unterstanden die Krankenhäuser, dann mussten die regelmäßig dort antreten und Rechenschaft ablegen, und dann wurde eben aus dem Kreis der Oberinnen eine ernannt, die war dann Bezirksoberin, die dann sozusagen diesen Kreis, diesen Gesprächskreis der Oberinnen dann geführt hat, aber über was für Themen dort diskutiert wurde, also ich denke, eher auch so eher auf politischer Ebene.

**H. Schä.-D.:** Also nicht etwas, was übergeschwappt ist aufs gewöhnliche Fußvolk?

**S. O.:** Klar, zumindest ist es nicht transparent gemacht worden, das Fußvolk hat's nicht erfahren, vielleicht haben die auch wirklich inhaltlich miteinander gearbeitet, aber natürlich gab es auch mögliches Konkurrenzdenken, weil Bezirksoberin zu sein war ja erst mal so kein erstrebenswerter, aber das war ja erst mal ein Aushängeschild, das war ja ein Titel. Das war ja wichtig. Es war eher so in der Praxis, dass wenn irgendwelche Vorstellungen hatten von Verbesserungen, also ich weiß von einer Person, die in ihrem Hause gesagt hat, also das oder das könnte man

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

verbessern oder das oder das entspricht gar nicht dem, was Grundlage im Hause ist, die Stellenbesetzung oder so, dann ist die zur Oberin bestellt worden und die Oberin hat Angst gehabt, dass der Stasi da im Hause mit dieser Person zusammengearbeitet hat und hat das weitergegeben an diesen Arzt, ja, und dann ist diese Person zu diesem Arzt, der da zuständig war, bestellt worden und dann ist es im Sande verlaufen. Also, von der Praxis her Sachen zu verändern, war eigentlich nicht möglich, denn oft sind Personen auch noch verfolgt worden, wie konnte denn jemand von sich aus etwas verändern wollen, diese Personen waren suspekt. Veränderungen sind oft nicht gewollt worden, also einfach, weil man sicher war, in welche Richtung das Ganze ging. Also, manchmal hat man auch Glück gehabt, wenn dieser verantwortliche Arzt der Sache offen gegenüberstand, dann konnte es durchgeführt werden, dann wurde die Sache aufgegriffen, aber das war personenbezogen. Das hat eben mit dem Status mittleres medizinisches Personal zu tun, man war eben von der Hierarchie her, sag ich mal, wie könnte es sonst sein, dass sag mal die Oberin, also die Pflege, diesem Arzt untersteht, so strikt von der Hierarchie her.

**H. Schä.-D.:** Das wäre noch mal eine Frage gewesen, wie war das denn letztendlich mit der Verantwortlichkeit, also letztendlich hatte auch hier der Arzt die letzte Verantwortung. Gab's denn irgendeinen Bereich, den die Pflege selbst verantwortet hat in der Zeit?

**S. O.:** Also einen arztfreien Raum habe ich nicht, sag mer mal vielleicht die Körperpflege, das hat die Ärzte nicht interessiert. Das interessiert die Ärzte auch heute noch nicht, ich glaube, ich führ ja häufig die Grundsatzdiskussion, warum man alle Patienten zwischen sechs und acht Uhr irgendwo waschen muss, weil doch der Arzt zur Visite kommt, ich sage, na und, na ja, da müssen doch die Patienten gewaschen sein. Dann stell ich einfach mal so die Frage, glaubt ihr, dass irgendjemand mitkriegt, ob ein Patient, also ob ein Arzt mitkriegt, ob ein Patient gewaschen ist oder nicht, und wenn er es mitkriegt, würde es ihn stören, wenn der Patient ungewaschen ist. Dann kommt man erst mal so ein Stück weit ins Nachdenken. Also ich denke, sag ich mal so, die ureigensten grundpflegerischen Dinge, da haben sich die Ärzte sicherlich sehr rausgehalten, aber ansonsten gab es keinen arztfreien Raum. Also schon in der Dokumentation sind ganz sehr viele Sachen auch reglementiert worden und man hat sich eben auch danach gerichtet, der eine wollte es mit einem roten Stift, der nächste mit einem grünen Stift, der eine hierhin geschrieben haben, der nächste dahin geschrieben haben, da gab es keine Standards. Also, ich kann mich auch an kein hauseinheitliches Dokumentationssystem erinnern. So, was heute ja eigentlich Normalität ist. Jede Station hatte so ihre Besonderheiten.

**H. Schä.-D.:** Wie war das denn mit der Leitung. Also, es gab ja im Westen dann ab irgendwann sozusagen dieses Dreier-Gremium, das ja inzwischen wieder fast abgeschafft wird, also dass Verwaltungsdirektor, ärztlicher Direktor und Pflegedirektor oder Pflegedienstleitung, wie immer sie sich geschimpft hat, eigentlich gleichberechtigt in der Leitung waren?

**S. O.:** Ich glaube nicht, dass sie wirklich gleichberechtigt waren. Also, das gab's pro forma auch, es gab eine pflegerische Leitung, eine ärztliche Leitung und einen Verwaltungschef. Also, als ich meine ersten Schritte im Haus gemacht habe, habe natürlich nur, sag ich mal, die Pflegedienstleiterin, die Oberin wahrgenommen, die anderen Bereiche, da hieß es, das ist der leitende Chefarzt, aha, da hat man mal ehrfurchtsvoll geguckt, aber man hatte ja nicht wirklich Berührungspunkte mit dem, und mit dem Verwaltungsdirektor schon gar nicht, weil Verwaltung sind ja die da vorne, ja. Also, es war nicht wirklich transparent, was die einzelnen Bereiche machen, und sicherlich haben die sich zusammengesetzt, aber ich denke, dass gerade Ende der 1980er Jahre der Verwaltungsdirektor schon, weil ja die wirtschaftlichen Zwänge in der DDR stärker wurden, auch eine größere Verantwortung gehabt hat als die anderen Bereiche. Also, dass er stärker darauf achten musste, dass die wirtschaftlichen Kennzahlen erbracht wurden, dass, ja, sag ich mal, Verbrauch reglementiert wurde, dass Arzneimittelbudgets, sofern's die gab, es gab ja auch weniger Arzneimittel, das war also alles nicht so das Thema, was man nicht hatte, konnte man nicht ausgeben, also dass solche Sachen auch eingehalten waren, ich glaube nicht, dass sie wirklich gleichrangig waren.

**H. Schä.-D.:** Wenn Sie jetzt noch mal die zehn Jahre angucken, haben wir etwas vergessen, was wichtig ist? Wenn Sie das Gesagte kurz auf sich wirken lassen, denn dann können wir auch dann zum Schluss kommen. Was glauben Sie, was die wichtigsten Merkmale für die zehn Jahre für die Psychiatrie waren und speziell für die psychiatrische Pflege?

**S. O.:** Also, ich denke schon, dass eine gewisse Emanzipation eingetreten ist. Wir haben uns zumindest in den Ansätzen frei gemacht und haben bestimmte Freiräume eingefordert, ich glaube, das war so grade am Ende der 1980er Jahre beginnend, sicherlich auch durch den gesellschaftlichen Umbruch, dass Pflegenden sich anders artikuliert haben, auch vielleicht stärker zum Fürsprecher der Patienten geworden sind, an sich auch ein bisschen, sag ich mal, ihrer eigenen Macht bewusst geworden sind. Ich glaube, das ist so, also, ich hab das am Anfang so nicht wahrgenommen und ich glaube, das ist so, ja, in den 1980er Jahren so ein Stück weit so passiert, dass man gesagt hat, ich hab auch drei Jahre Ausbildung, dass man auch ein bisschen Stolz auf das, was man gelernt hat, verspürt hat, und nicht mehr nur das mittlere medizinische Personal war, sondern jemand, der seinen festen Platz im Team hat und der dort auch Aufgaben hat, die er eigentlich übernehmen kann. Dass man sich die erkämpfen muss, diese Freiheit, ich denke, das war so, das passte in die gesamte Aufbruchstimmung der Zeit mit rein, dass man bereit war, jetzt auch zu sagen, das passt mir jetzt hier nicht und ich möchte das gerne anders und jetzt muss mer mal drüber reden, das war so eine Gesamtaufbruchstimmung in der Gesellschaft, und ich denke, die hat natürlich

### Anlage 3: Interviews mit drei Kolleginnen aus der damaligen DDR

Auswirkungen in der Pflege gehabt. Es gingen Pflegekräfte und auch viel Ärzte weg, muss man ja auch mal sagen, da war ja, man musste ganz anders zusammenhalten, weil es sowieso anders war.

**H. Schä.-D.:** Es sind ja auch viele, früher als zur Wiedervereinigung, z. B. über die Tschechoslowakei weggegangen, eigentlich doch viele Leute ...

**S. O.:** Ja, wobei das überwiegend ja so 1989 war, ich entsinn mich relativ genau noch, also, eine Freundin von mir durfte 89 in die alten Bundesländer zu Besuch fahren, ging mit einmal weg. Die andere kam mit einmal die Genehmigung des Ausreiseantrags, war weg, und ich saß hier, und da hab ich erst mal gedacht, was machste denn jetzt? Gehste jetzt auch weg, bleibste hier, können doch nicht alle gehen, dann sind wir mit einer anderen Freundin in die andere Richtung gefahren, in die Tschechei, da wurde man so ... ah, Botschaft in Prag und Menschenmassen, dann sind wir wieder zurückgefahren und dann war ich im Sommer noch in Georgien und dann kam also Budapest dazu und überall die ganzen Botschaften, und dachte, wenn wir jetzt dann zurückkommen, sind wir bestimmt die Letzten, die sind alle schon weg. Und dann ging das ja sehr rapide, und dann ging das ja hintereinander weg, dass mit einmal die Grenzen geöffnet wurden und dann erst recht die Leute weg waren, also, und damals schon für sich entscheiden musste, gehst du jetzt oder bleibst du. Ich hab's eben ein paar Mal selber auch erlebt, das weiß ich noch, ich hatte Nachtdienst und morgens kam die Ablösung nicht, die ist dann mit einmal auch weg gewesen, also so ganz komische Sachen, und aber gut, man hat dann eben seinen Dienst weiter gemacht, da hat dann keiner gefragt, also Arbeitszeitgesetz und solche Sachen, was ist das überhaupt, man musste es ja am Laufen halten, man konnte ja die Patienten nicht alleine lassen. Und ich kann mich auch wirklich erinnern, gut, dabei, es gab sicherlich einen Hintergrunddienst in der Klinik, aber die hatten auch keine Leute, wo hätten sie die denn auch herzaubern sollen, also gut, damit wurde das System natürlich auch ein Stück weit noch mit gestützt. Es musste ja funktionieren, also man hat ja eine richtige Verantwortung den Patienten gegenüber. In der Psychiatrie, denke ich, konnte man es immer noch besser kompensieren, weil eben dort die Personalbemessung schon irgendwo immer anders war als auf somatischen Stationen. Ich hab dort nie, klar hab ich mal erlebt, dass dort akut Personalmangel war, aber ich hab's dort nie so erlebt, dass da nur zwei Leute oder so waren für 45 Patienten im Regelfall oder mit 30 Patienten, geplantermaßen, ja. Ich hatte schon immer mal da 'ne Hilfskraft und da 'ne Hilfskraft, da nimmt man ein paar Medizinstudenten mit rein, nach dem Motto, die können das ja, da gab's diese Engpässe nicht. Man hat dann in solchen Situationen versucht, dann eben versucht, zwischen Psychiatrie und Inneren und Chirurgie hin und her zu schaukeln, bloß nur, um irgendwie die Stationen einigermaßen am Laufen zu halten, und das war eine chaotische Zeit. Da habe ich oft Bauchschmerzen verspürt bei der Arbeit, mal gucken, was heute los ist, wie viele noch da sind ... [lacht]

**H. Schä.-D.:** Ja, fällt Ihnen jetzt noch etwas Wichtiges ein, was ich so nicht gefragt habe oder was sonst vielleicht noch wäre?

**S. O.:** Also, es war trotzdem, denke ich mal, 'ne interessante Zeit, und ich glaube, man muss vielleicht das mal so erlebt haben, auch so wie's gewesen ist, um zu gucken, was man daraus so entwickeln konnte in der Psychiatriearbeit. Also, ich bin jetzt immer mal mit Schülern im Rahmen des psychiatrischen Unterrichts, im Rahmen der Psychiatriepflege, die ich an der Schule z. B. auch gebe, immer mal in den Krankenhäusern unterwegs, da kann man sagen, ich kenne die Krankenhäuser nicht wieder. Also, das alte Parkkrankenhaus, ist ja nun mein Stammhaus gewesen, mit seinem alten Pavillonsystem, seinem verstaubten antiquierten Mobiliar, was da so war, und dann sind die eingezogen, Anfang 2001 oder 2002, in einen kompletten Neubau, und der ist ganz anders, der ist hell, der ist luftig, der ist schön angelegt. In Altscherbitz erleb ich's, dass da mit einmal Glasverbindungsbauten zwischen Häusern entstehen, also, da hat sich von den Rahmenbedingungen, von den materiellen Rahmenbedingungen für die Patienten eine ganze Menge getan. Ich denke, Psychiatrie ist auch ein bisschen transparenter geworden, sie ist offener geworden, also, man lässt die Patienten und die Angehörigen nicht mehr weiter außen vor, sondern man muss gucken, was für Bestrebungen heutzutage auch gemacht werden, um Angehörige mit einzubeziehen, teilweise werden solche Angehörigentreffs auch an den Kliniken auch mit angesiedelt, dass man einfach mit den Leuten anders ins Gespräch kommt, da ist das schon eine tolle Entwicklung. Das ist ja eigentlich überhaupt noch keine Zeit, vielleicht grade mal dreißig, zwanzig Jahre, das find ich schon spannend ... [lacht]

**H. Schä.-D.:** Ja, dann danke ich sehr herzlich für das Interview und dann machen wir aus und können noch ein bisschen reden.