

## **Protokoll und Impulse zur AG 5: Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Normalisierungs- und Kontrollinstanz?**

Moderation: **Gabriele Wild** (Sozialarbeiterin und Erziehungswissenschaftlerin, Volkshilfe Wien, SOPHIE-BildungsRaum für Prostituierte)

Impulse: **Franz Kolland** (Soziologe, Institut für Soziologie der Universität Wien), **Brigitte Leodolter** (Sozialarbeiterin, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe)

Protokoll: **Sabine May** (Studentin am fh-campus wien)

### **Protokoll zum Diskussionsverlauf in der Arbeitsgruppe:**

Einige der im Anschluss an die vorgetragenen Inputs diskutierten Thesen in verdichteter Form:

- Auch die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wird durch die Infrage-Stellung des Wohlfahrtsstaats, Ökonomisierungstendenzen und Selbststeuerungsansprüche an das Individuum beeinflusst.
- Normierung findet in den Versuchen, „die Normalität“ zu erheben, ihren Ausdruck.
- Normalisierung als positiv besetzter Begriff der Psychiatrieausgliederung hat im Zusammenhang mit Lebensqualität Bedeutung.
- Kontrolle wird in Bezug auf die „Biomedikalisierung“ durch therapeutische Interventionen aber z.B. auch über die Verkürzung der Krankenhausaufenthalte ausgeübt.
- Weitere wahrgenommene Tendenzen in der Psychiatrie sind Beschleunigung und Spezialisierung, gepaart mit einer Informalisierung des Sozialen.
- Trotz wahrgenommener Handlungsspielräume auf operativer Ebene kämpfen Sozialarbeiterinnen in der Psychiatrie immer wieder mit Ohnmachtsgefühlen.

Die Moderatorin begrüßt die TeilnehmerInnen und bittet um eine kurze Vorstellungsrunde. Es folgen der Input von Franz Kolland (siehe Thesenpapier) und eine anschließende Diskussion.

Zentrale Themen aus Sicht der PraktikerInnen waren unter anderem folgende Fragen: Wann ist welche Unterstützung notwendig? Inwieweit darf man KlientInnen so lassen, wie sie sind? Welche möglichen negativen Konsequenzen dürfen in Kauf genommen werden? Ab wann ist ein „So-Sein-Lassen“ nicht mehr vertretbar – z.B. wenn Verletzungen nicht wahrgenommen werden? Wenn Kontrolle nötig ist, wäre es wichtig, dabei nicht stehen zu bleiben - Wo beginnt Zwang?

Aus der Perspektive der Soziologie ist stets die Möglichkeit zu beachten, dass psychiatrische Erkrankungen oder Abweichungen allgemein auch gesellschaftliche Ursachen haben. Man darf nicht bei der individuellen Betreuung stehen bleiben, sondern muss sich auch immer die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anschauen!

Der Wandel sozialer Kontrolle geht mit einer Veränderung des Wohlfahrtsstaats einher (Beispiel: in einem Wohlfahrtsstaat müsste auch der 10. Entzug finanziert werden – die Möglichkeit zur Resozialisierung hatte Priorität.) Es gab aber eine Enttäuschung/Desillusionierung über die nicht eingelösten Versprechungen des Wohlfahrtsstaats, über Rückfälle, was gepaart mit den Ökonomisierungstendenzen zu einer Infragestellung der Ziele des Wohlfahrtsstaats geführt hat.

Gleichzeitig mit den ökonomischen Veränderungen und den damit einhergehenden Einsparungen kam der Trend, Ursachen von Abweichungen und Mängel beim Individuum zu

suchen. Möglichst alles wird nun auf individueller Ebene erklärt - das Individuum hat selbst Schuld, Selbststeuerung ist gefragt, die „Ich-AG“ gilt als erwünschter Sozialcharakter.

Der hohe Anspruch an Normalisierung findet in Datenerhebungen und Statistiken seinen Ausdruck – „die Normalität“ soll damit erhoben werden. Normierung passiert so z.B. auch über Krankenversicherungen.

Hat Normalisierung in Zusammenhang mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen nicht auch einen positiven Aspekt?

Auf dieser Grundlage wird in der Diskussion auf der einen Seite ein Mittelweg gefordert, der die Möglichkeit beinhaltet, „KlientInnen auch mal sein zu lassen, wie sie sind“, und ihnen trotzdem Lebensqualität ermöglicht. Auf der anderen Seite steht die Frage, ob Lebensqualität nicht auch wieder Normierung ist, zum Beispiel zu arbeiten? Eine mögliche Lösung wäre zu sagen, der/die KlientIn muss Normalität selbst bestimmen können, wobei das wiederum eine Subjektivierung von Wohlstand bedeuten würde! Somit müsse sich der Staat nicht mehr überlegen, was Lebensqualität ist, er kann sich zurückziehen, die Verantwortung liegt wieder bei den KlientInnen!

Eine zusätzliche Schwierigkeit liegt in dem Anspruch der Öffentlichkeit an die Sozialarbeit. Sie wird immer wieder in das Bild einer Kontrollinstanz gedrängt. Sie soll kontrollieren, nicht helfen. (Beispielsweise fordert der Psychiater von der Sozialarbeiterin, dass sie kontrolliert, dass der Patient seine Medikamente nimmt!)

In diesem Zusammenhang wird die These der „Biomedikalisierung“ diskutiert: Ungehorsam wird stärker pathologisch gedeutet und einer therapeutischen Intervention zugeführt. Der Sozialarbeit wird dabei gerade auch in einem hierarchischen System wie dem Krankenhaus das Managen und Verwalten als Aufgabe zugeschrieben, Entwicklungen und Entscheidungen werden aber von anderen vorangetrieben. Die stärkere – nicht immer so da gewesene - Machtposition der Ärztinnen wird auch mit der Medikalisierungstendenz in Verbindung gebracht.

Eine andere These dazu: Wird von der Sozialarbeit auch mehr Kontrolle gefordert, weil die soziale Kontrolle gesamtgesellschaftlich weniger stark/subtiler umgesetzt wird? Quasi als Unterstützung für jene, welche die Kontrolle noch nicht verinnerlicht haben?

Kontrolle wird auch über die Länge des Aufenthalts in im Spital ausgeübt, dabei wird von den PraktikerInnen beginnend mit der Psychiatriereform eine Tendenz von einem Extrem ins andere beobachtet: „Zuerst kam man nicht mehr raus, jetzt kommt man nicht mehr rein.“ Angebote sind höherschwelliger geworden, es gibt viele Spezialisierungen, Generalkonzepte fehlen.

Vor der Psychiatriereform war „mehr auf einem Fleck“, mittlerweile sei es zu einer „Informalisierung des Sozialen“ gekommen, die mit der Individualisierung sozialer Problemlagen einhergeht. „Ich kenne da jemanden“ wird als beliebte und systematische Interventionsform diskutiert, während systematische Strukturen fehlen.

zum Thema Prävention:

Prävention hätte die größte Reichweite und Wirkung, denn auch wenn PatientInnen gut behandelt werden, sind sie bereits durch Diagnose und Behandlung stigmatisiert. Nur 1% der gesamten Gesundheitsausgaben werden für präventive Maßnahmen ausgegeben, und es gibt auch keine Aussicht auf Erhöhung - auch in diesem Bereich wird individualisiert. Sich gesund zu halten liegt in der Verantwortung des Einzelnen, es geht um Selbstkontrolle! Dabei wird übersehen, dass oft die Rahmenbedingungen auf struktureller Ebene fehlen. Der Alltag soll präventiv gestaltet sein, doch oft sind präventive Schritte im Alltag des Einzelnen nicht umsetzbar. (Negativbeispiel: der geforderte „präventive“ Ausschluss von Hooligans).

Es folgen der Input von Brigitte Leodolter (siehe Hand-out) und eine anschließende Diskussion:

Durch die Psychiatriereform sind immer weniger Menschen immer kürzer in stationärer Betreuung, was grundsätzlich eine positive Veränderung ist (Stichwort Hospitalisierung). Auf der anderen Seite wird eine Beschleunigung in der Psychiatrie wahrgenommen, es gibt Druck, PatientInnen aus Kostengründen schnell wieder zu entlassen. Gleichzeitig fehlen aber geeignete Einrichtungen, die PatientInnen nach einem Krankenhausaufenthalt begleiten. In den letzten 20 Jahren hat sich zwar viel getan: Verein LOK, Promente, Sachwalterschaft, u.v.m. Trotzdem stehen viele PatientInnen immer noch ohne passendes Angebot da oder landen auf langen Wartelisten. Es gibt ein differenziertes Angebot im Bereich Wohnen, Vorbehalte gegenüber PatientInnen aus der Psychiatrie machen die Vermittlung in passende Wohnformen aber dennoch schwierig. Außerdem ist die Betreuung psychisch Kranker außerhalb des Krankenhauses nicht flächendeckend, die bestehenden Einrichtungen sind überlastet und müssen KlientInnen auf Wartelisten setzen. Viele Institutionen sind zu hochschwellig oder zu spezialisiert. KlientInnen, die Aufnahmevoraussetzungen nicht erfüllen können, haben keine Chance auf adäquate Betreuung. Der Zugang zu sozialen Leistungen wird erschwert und ist für viele alleine nicht bewältigbar. Es braucht Einrichtungen, die für jene KlientInnen leicht zugänglich sind, für die sich bisher niemand zuständig fühlt!

Ein weiteres Problem in der Betreuung ist die Dezentralisierung. Vor der Psychiatriereform waren alle PatientInnen auf einem Fleck, was eine großflächige Versorgung ermöglichte. Heute gibt es immer weniger Struktur, viele verschiedene Institutionen in alle Winde zerstreut. Die Betreuung ist individueller und informeller, man muss sich informell vernetzen um handlungsfähig zu bleiben – das ist nicht die Idee eines Sozialstaates! Über persönliche Kontakte zu KollegInnen von anderen Institutionen wird Hilfe für KlientInnen organisiert. In der Veranstaltung des Vorabends wurde diskutiert, dass es zwar eine sehr gute Vernetzung an der Basis gebe, jedoch eine Vernetzung „nach oben hin“ fehle. Dabei stellt sich die Frage, ob das nicht auch Aufgabe der Sozialarbeit sein sollte?

Zum Thema Ökonomisierung: Es besteht der Eindruck, dass MitarbeiterInnen früher eher Zeit hatten, sich, ihre Arbeit und neue Konzepte weiter zu entwickeln. Heute wird sondiert, rationalisiert, gespart, die Arbeit muss gemessen werden, Kriterien müssen erfüllt sein, die MitarbeiterInnen haben nur noch zu funktionieren. Es wird erörtert, ob die Sozialarbeit daran selbst Schuld wäre. Sie möchte eine anerkannte Profession sein und dazu müsse man messbare Ergebnisse liefern. Auf der anderen Seite fordern nun die AuftraggeberInnen Dokumentationen, wie standardisierte Fragebögen für Erstgespräche, die in der Realität nicht umsetzbar sind. Das Endergebnis sind gefälschte Dokumentationen für die AuftraggeberInnen und inoffizielle Dokumentationen für die MitarbeiterInnen selbst - eine Vorgehensweise, die systemerhaltend ist.

Des Weiteren wird diskutiert, inwiefern sich das Selbstverständnis der in der Sozialarbeit Tätigen geändert hat. Die neuen, jungen SozialarbeiterInnen hätten einen anderen Zugang, eine andere Einstellung zur Arbeit. Management habe eine wachsende Bedeutung bereits in der Ausbildung. Andererseits nehmen auch die „Alten“ den Kundenbegriff gerne auf, Sozialarbeit hätte demnach wie alle Dienstleistungen Marktcharakter – der/die KlientIn wird anderen Institutionen „angepriesen“ um für ihn einen Betreuungsplatz zu bekommen. Nach der Logik der Wirtschaft ist eine Institution umso mehr wert, je mehr KundInnen (=KlientInnen) sie hat. Das funktioniert für die Sozialarbeit aber so nicht.

Zusammenfassend gibt es sehr gute Systeme auf operationaler Ebene, wo SozialarbeiterInnen arbeiten. Auf institutionaler Ebene sitzen oft professionsferne WirtschaftlerInnen, die die KlientInnenarbeit nicht kennen, oder auch SozialarbeiterInnen, die sich aufgrund ihrer Funktion von der Sozialen Arbeit entfernt haben und unter dem wahrgenommenen Druck agieren, ihre Arbeit neoliberalen Paradigmen anpassen zu müssen. Auf sozialarbeiterischer Ebene herrschen immer wieder politische Ohnmachtsgefühle, doch in der Arbeit selbst werden ein großer Handlungsbereich und die Möglichkeit von Erfolgserlebnissen wahrgenommen.

**Impuls zur AG 5:****Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Normalisierungs- und Kontrollinstanz?****Franz Kolland (Soziologe, Institut für Soziologie der Universität Wien)****Soziale Kontrolle im Wandel gesellschaftlicher Rahmenbedingungen**

Soziale Kontrolle umfasst unabhängig von der jeweiligen Gesellschaftsform sowohl staatliche als auch private Mechanismen und Prozesse, mit denen eine Gesellschaft oder eine sonstige soziale Gruppe versucht, ihre Mitglieder dazu anzuhalten, den von ihr aufgestellten Normen Folge zu leisten. Sie reicht von der Sozialisation in Familie, Schule, Erwerbsarbeit bis zur staatlichen Strafverfolgung. Dabei kann unterschieden werden zwischen Normgenese und Normdurchsetzung, d.h. die Reaktion auf abweichendes Verhalten macht nur einen Teilbereich sozialer Kontrolle aus. Im Englischen hat das Wort control eher eine positiv gefärbte Bedeutung. Kontrollieren bedeutet beherrschen. Im Deutschen hat das Wort Kontrolle eine vorwiegend negative Bedeutung. Kontrollieren, das heißt überwachen und unter Umständen einschränken. Bei den Kontrollmitteln wird grundsätzlich zwischen Zwangs- und Überzeugungsmitteln unterschieden, wobei eine erhebliche Veränderung des Kontrollstils im Zuge der Modernisierung festgestellt wird. Die These dazu lautet, dass die Moderne ganz im Zeichen einer *Medikalisierung des Kontrollstils* steht. Ungehorsam wird weniger strafrechtlich und sozial ausschließend geahndet, sondern stärker als pathologisch gedeutet und einer therapeutischen Intervention zugeführt.

Wesentlich an der Denkfigur der sozialen Kontrolle ist, dass diese nicht auf Persönlichkeitsdefekten aufbaut, sondern an sozialen Rollen, auf Kontext und Konstruktion. Die Figur der sozialen Kontrolle lenkt den Blick von den individuellen Ursachen problematischen Verhaltens auf den sozialen Kontext. Verbrechen, Wahnsinn und sonstige Auffälligkeiten werden als *soziale Tatsachen* begriffen. Die Kontrolltheorien gehen davon aus, dass kein Verhalten „an sich“ kriminell und abweichend ist. Dies stützt sich auf die leicht zu machende Beobachtung, dass kein Verbot universell existiert und jede unserer Abweichungen in mindestens irgendeiner anderen Gesellschaft als erträglich oder sogar erwünscht gilt.

In der Gegenwart vollzieht sich ein Wandel sozialer Kontrolle vor dem Hintergrund tief greifender gesellschaftlicher Transformationsprozesse. Die ökonomische Entwicklung, der Umbau des Sozial- und Wohlfahrtsstaates, der Einfluss neoliberaler Konzepte, das Erstarken neokonservativer Ideologien und der Anstieg persönlich-sozialer Risiken sind einige der Umstände, die diese Veränderungen kennzeichnen. Für den fordistischen Wohlfahrtsstaat war die Annahme prägend, dass soziale Probleme wie Armut, Krankheit und Arbeitslosigkeit auf soziale Ursachen zurückzuführen sind, die mit entsprechenden Techniken ermittelt und neutralisiert werden können. Das System der sozialen Kontrolle erfolgte auf der Basis formeller oder informeller Normen, die allgegenwärtige Gültigkeit besaßen. Die Erosion des fordistischen Wohlfahrtsstaates geht einher mit einer Individualisierung der Lebensweise, die dazu führt, dass sich die Individuen nicht mehr durchgängig an einem zentralen und alle gesellschaftlichen Bereiche umfassenden Normgefüge ausrichten. Stattdessen kommt es zu einer Diversifizierung der Wert- und Moralvorstellungen und zu einer höheren Akzeptanz sozialer und kultureller Abweichungen. Es prägt eine Logik des Risikos die gegenwärtige Formation der sozialen Kontrolle. Und mit der Etablierung einer Risikologik korrespondiert die Zunahme gesellschaftlicher Verunsicherung. Beides zusammen führt zu einem stark steigenden Sicherheitsbedürfnis. Vor diesem Hintergrund wird die These formuliert, *dass ein Wechsel stattgefunden hat von ökonomischer Kontrolle und sozialer Sicherheit hin zu ökonomischer Freiheit und sozialer Kontrolle.*

**Literatur**

Singelstein, Tobias/Stolle, Peer (2006). Die Sicherheitsgesellschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Impuls zur AG 5:****Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Normalisierungs- und Kontrollinstanz?****Brigitte Leodolter (Sozialarbeiterin, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe)****Meine Arbeitssituation**

Ich arbeite als Sozialarbeiterin für die 5. psychiatrische Abteilung im Otto Wagner Spital. Diese Abteilung hat den Versorgungsauftrag für die Region 3. und 11. Bezirk und besteht aus 40 Plätzen für PatientInnen von 18 – 65 Jahren, 10 Plätzen für PatientInnen über 65 Jahren und 10 Plätzen an einer Psychosomatikabteilung. Im Krankenhaus arbeitet ein multiprofessionelles Team aus ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und MusiktherapeutInnen zusammen. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 532 Personen stationär aufgenommen, manche von ihnen mehrmals pro Jahr. Für die Abteilung sind 2 Sozialarbeiterinnen mit insgesamt 60 Wochenstunden tätig, 52% der aufgenommenen PatientInnen haben sich um Unterstützung an die Sozialarbeiterinnen gewandt. In den kommenden 10 Jahren soll die Abteilung im Rahmen der Psychiatrieausgliederung in das Krankenhaus Rudolfstiftung im 3. Bezirk übersiedeln.

**Spitzenmedizin im Kulturdenkmal ist teuer und soll keine Zeit brauchen**

Der Grundkonflikt zwischen Gesundheitsfürsorge und Freiheitsrechten ist der psychiatrischen Arbeit immanent und verlangt einen sensiblen Umgang. Das 1991 in Kraft getretene Unterbringungsgesetz wird in Kooperation von ÄrztInnen, RichterInnen und PatientenanwältInnen vollzogen und läuft mittlerweile in geregelten Bahnen. Der größte Teil der PatientInnen (rund 75%) wird im psychiatrischen Krankenhaus sowieso freiwillig aufgenommen. Die derzeitige Entwicklung lässt nicht erwarten, dass die PatientInnen zu lange im Krankenhaus bleiben müssen, sondern dass sich das Spital zusehends auf eine stark medizinisch orientierte Krankheitssicht zurückziehen könnte und nur kurzfristige medizinische Krisenintervention angestrebt wird. Der ökonomische Kostendruck der „objektiven Zahlen“ (wie durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenauslastung und leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) gibt als Ziel einen möglichst kurzen Krankenhausaufenthalt vor. Tatsächlich geht psychische Krankheit oft einher mit einer (zumindest phasenweisen) Einschränkung sich um persönliche Belange kümmern zu können, schwere psychische Erkrankungen führen laut neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse auch häufiger zu körperlichen Erkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, Karzinome, Unfälle). Psychische Erkrankung erfordert Unterstützung und das über längere Zeiträume hinweg.

**Eigentlich ist hier der falsche Ort für Sozialarbeit**

SozialarbeiterInnen im Krankenhaus haben keine mächtige Rolle, sie entscheiden weder über Aufnahme und Entlassung, noch über eine Unterbringung und verordnen keine Medikamente. Die Mittel der Sozialarbeit sind Kooperation, Verhandlung, Vernetzung und ihr Wissen über die Mechanismen des Sozialen Netzwerkes der Region. Sozialarbeit im Krankenhaus arbeitet im ständigen Spannungsfeld zwischen dem Anspruch für Ihre KlientInnen eine möglichst optimale Lebensbegleitung zu ermöglichen und dem ökonomischen Druck einen Krankenhausaufenthalt nicht unnötig verlängern zu dürfen. Dabei wird gerade im Spital mit Versorgungsauftrag das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs sichtbar. Während eines knappen Zeitfensters wird wieder ein Anschluss an Leistungen ermöglicht. Sozialarbeit unterstützt hier klassisch in Fragen der Existenzsicherung, des Wohnens, der Arbeit, der sozialen Beziehungen, der persönlichen Assistenz und des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen. Um nachhaltigere Unterstützung sicherzustellen brauchen wir Konzepte für Sozialarbeit (Casemanagement) über den stationären Aufenthalt hinaus.

### **Die Sozialarbeiterin muss ihre KlientInnen an Angebote anpassen**

Mit Öffnung der Psychiatrien wandten sich die psychiatrisch Tätigen vom institutionenorientierten Versorgungsansatz ab. PatientInnen sollten individuelle Unterstützung erhalten. Der bedürfnisorientierte, personenzentrierte Ansatz kann im Spital zwar angedacht werden, eine lebensnahe Umsetzung ist äußerst holprig zu verwirklichen. Wien hat zwar einen vielfältigen Mix an Anbietern im Bereich der ambulanten Dienste, des betreuten Wohnens und der Tagesstruktur, die von den verschiedenen Abteilungen des Fonds Soziales Wien (Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Pflege) gefördert werden. Zugänge sind umständlich über Förderbewilligungen erreichbar, Anpassungsleistung gefragt. Wir SozialarbeiterInnen müssen unsere KlientInnen als möglichst bedürftig präsentieren, damit sie an Leistungen herankommen. Gleichzeitig müssen wir sie als „kooperativ“, „behandlungswillig“ und „angepasst“ gegenüber den Trägern darstellen. Fast alle betreuten Wohnformen setzen Bedingungen für eine Aufnahme, wie die Bereitschaft zum gleichzeitigen Besuch einer Tagesstruktur, zur medizinischen Behandlungswilligkeit, zur Aufgabe einer Sucht oder einfach zur Kooperation mit den Betreuern. Wohnrecht wird mit pädagogischen Konzepten verknüpft. Dass viele das nicht schaffen zeigt die Anzahl der psychisch kranken Wohnungslosen. Das Problem ist, dass es bei uns zu wenig niederschwellige Angebote gibt.

### **Dominanz der stationären Versorgung**

„Die derzeitige psychiatrische Versorgung in Wien ist trotz eines beträchtlichen Bettenabbaus nach wie vor durch eine Dominanz der stationären Versorgung gekennzeichnet“ (ÖBIG 2002). Die vorhandenen außerstationären Angebote sind nicht flächendeckend und die strukturellen Probleme können nicht immer individuell am Einzelfall gelöst werden. Ich wünsche mir einen Gesamtzusammenhang der Angebote in einer aufeinander abgestimmten Versorgungskette. Wir brauchen mobile ambulante Betreuungsteams aus ÄrztInnen und psychiatrischen Krankenpflegepersonen. Wir brauchen differenzierte Wohnformen (Wohngemeinschaften für junge Menschen, Wohnheime mit niederschwelligem Zugang, Pflegewohngemeinschaften). Wir brauchen Tagesstruktur, Freizeitangebote und berufliche Maßnahmen für unterschiedliche Fähigkeiten. Bedürfnisse psychisch kranker Menschen müssen in spezialisierten Angeboten (für Familien, für MigrantInnen, im beruflichen Bereich) besser und rechtzeitig mitberücksichtigt werden.

### **„Ganz Simmering ist in Aufruhr“ oder das Umfeld braucht Unterstützung**

Der psychischen Erkrankung könnte entspannter begegnet werden: Gesundheitsweg statt Symptombekämpfung, Lebensqualität statt Anpassungsdruck; das braucht Zeit, Geduld und Aufmerksamkeit; die Zeit fehlt im Spital und fehlt dem Umfeld, ein gesellschaftliches Problem. „Ganz Simmering ist in Aufruhr“, berichtete mir die Mitarbeiterin eines Sozialdienstes über die Aufregung, die eine Klientin im sozialen Umfeld verursachte; ich kann es dem Umfeld nicht verübeln, die Simmeringer sind keine Privilegierten und sind mit der eigenen Alltagsbewältigung mehr als ausgelastet, verständlich, dass die „Baumgartner Höhe“ die beste und bewährte Lösung ist; guter Wille alleine ist zu wenig, solange die Strukturen nicht passender werden.

Brigitte Leodolter  
Otto Wagner Spital  
5. Primariat