

---

**Peter CLARKE (GB)**

**13/07/2007**

*Übersetzung: Gerda Matthiessen-Garbers*

## Um wessen Gesundheit geht es überhaupt?

Meine Familie hat immer an dem Glauben festgehalten, dass der Dichter des „Lake Distrikts“, William Wordsworth, einer unserer Vorfahren war. Es ist nicht wahr; aber er hat mich immer fasziniert und ebenso seine Schwester Dorothy. Es war Dorothy, die ihrem Bruder von den Osterglocken erzählt hat, die sie gesehen hatte. Und William hat dann das berühmte Gedicht über die Osterglocken („daffodils“) geschrieben:

„ Als ich einsam wanderte wie eine Wolke,  
die hochoben über Tälern und Hügeln schwebte,  
sah ich plötzlich eine Menge,  
eine Riesenmenge von goldenen Narzissen,  
neben dem See, unter den Bäumen,  
die in der Briese flatterten und tanzten.“ ( in Prosa übersetzt )

William hat die alltägliche Erfahrung seiner Schwester in etwas Besonderes mit einer tieferen Bedeutung verwandelt.

Ich habe vor, Sie an einigen Bildern aus meinem Alltag als Manager im Gesundheitswesen in England teilhaben zu lassen. Ich hoffe, Sie können darin auch eine tiefere Bedeutung entdecken.

Ich möchte mit ihnen – nicht durch ein Feld mit Osterglocken, aber – durch einige ausgewählte Bilder aus meiner Berufserfahrung wandern. Ich möchte sie dazu gebrauchen, über Gesundheit nachzudenken; wer besitzt sie und wer ist dafür verantwortlich?

Ich war 35 Jahre lang Manager im Gesundheitswesen für Nervenranke, sowohl im staatlichen Dienst als auch in nicht-öffentlichen Bereichen. Ich habe keine besondere Ausbildung dafür – ich „wurstele“ mich entsprechend der langjährigen Britischen Tradition von Amateuren gewissermaßen „durch“!

Ich begann meine Karriere als Beauftragter für das Wohl von Kindern, der sich um Familien kümmerte, die länger anhaltende Unterstützung brauchten. Alamierenderweise hatte ich keine Ausbildung, jedoch Supervision.

Ich arbeitete in einem unterprivilierten und isolierten ehemaligen Bergwerksgebiet an der Westküste von Cumbria, das zwischen dem „Lake District“ und der See liegt. Die Gemeinden hatten ihre Daseinsberechtigung mit der Schließung der Eisen- und Kohlebergwerke verloren, aber sie existierten weiter.

Die Dörfer waren ungepflegt und abgeschnitten. Sie schienen keine öffentliche Ordnung zu haben. Sie haben gerade noch existiert und überlebt; vernachlässigt und bedrückt.

Ich denke manchmal an Sheila und meine Versuche, ihr zu helfen, ihr Leben etwas besser in den Griff zu bekommen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken. Ich denke auch an meine Empfehlung meinem Vorgesetzten gegenüber, dass Sheila's Sohn John in Pflege gegeben werden sollte, weil sie nicht mehr zurechtkam und damit sie sich mehr auf seine kleine Schwester, die noch ein Baby war, konzentrieren konnte.

Wir haben ihr John nicht weggenommen; wir haben auf ihre Bitte hin reagiert. Sie war eine alleinerziehende Mutter in sehr armseligen häuslichen Verhältnissen, mit einem minimalen Einkommen und ohne Aussicht auf Veränderung. Doch frage ich mich, was das für John bedeutet hat und was ihm damit passierte. Wir haben seine persönlichen Beziehungen und seine Wurzeln erschüttert und zerrissen. Ich bin sicher, dass wir ihm eine bessere Unterbringung und bessere Ernährung ermöglicht haben; aber zu welchem Preis?

Meinen nächsten Job hatte ich Schottland, wo ich ein neues Heim für junge Leute eröffnete, die aus öffentlichen Einrichtungen kamen und hier vorübergehend leben sollten. Die spezifische Aufgabe war, bei diesen jungen Menschen ein Selbstwertgefühl aufzubauen, damit sie weiterkommen und sich in der Gesellschaft einordnen konnten.

In diesem Job begegnete ich vielen Menschen, die John gewesen sein könnten. Sie kamen von Kinderheimen, aus dem Strafvollzug oder psychiatrischen Kliniken. Sie trafen bei uns ein mit kaum einem Selbstbewusstsein und ihre Identität bestand darin, was sie gerade an dem Tag getan hatten: kämpfen, trinken, herumtreiben oder auch sich selbst verletzen. Es sah so aus, als wenn sie sich wenigstens in diesen Dingen real fühlten.

Wir versuchten, sie als Individuen zu behandeln und eine Gemeinschaft zu schaffen, die einander unterstützte, sich positiver zu benehmen. Wir nutzten die Umgebung und die Beziehungen, damit ihr Wertebewusstsein gestärkt wurde und sie eine Zukunftsperspektive erhielten.

Ein einfaches Bild vermittelt für mich vieles. Menschen kamen mit einem schwarzen Polyäthylensack bei uns an mit wenigen Kleidungsstücken und vielleicht einem besonders gehegten Objekt oder verblichenen Foto. Viele von ihnen mussten wir bei ihrer Entlassung mit einem großen Auto voll ihrer neuen Besitztümer transportieren. Die neuen Besitztümer hatten keinen großen finanziellen Wert; aber sie erschienen wie ein Symbol dafür, dass ein Mensch begonnen hatte, seine Vergangenheit anzunehmen und in die Möglichkeit einer Zukunft zu investieren.

Von diesen beiden Jobs ergeben sich Vorstellungen von Gesundheit, die wenig mit physischem Wohlbefinden zu tun haben, aber viel mit Ganzheitlichkeit und der Weise, wie Zusammenhänge, Erfahrung und die persönliche Geschichte sie entweder tragen oder untergraben.

Als nächstes verbrachte ich ein Jahrzehnt in einer nicht-staatlichen Organisation, die mit Nervenkranken in ganz Schottland arbeitete. Wir verhalfen zu einer Unterkunft, Beschäftigung, Ausbildung und zu Pläne zur sozialen Unterstützung. Wir haben auch einige pädagogische Programme und Förderungskampagnen angeboten.

Ich hatte den starken Eindruck, dass wir Störenfriede in der Welt der Fachleute waren.

Wir halfen Menschen, sich wieder zurechtzufinden in Beziehungen und ganz allgemein in der Gesellschaft. Im Großen und Ganzen wurde zwar dieses Bemühen von den Fachleuten als hilfreich und angemessen angesehen. Jedoch forderten einige unserer Dienstleistungs- einrichtungen und andere Aktivitäten den traditionellen Behandlungsansatz direkt heraus, weil wir den Eindruck hatten, dass diese eher größere Schwierigkeiten geschaffen hatten für den Zeitpunkt der Entlassung aus ihrer Behandlung, um sich wieder im Alltag zurecht zu finden.

Unsere Dienstleistungen waren nicht Teil eines formellen, gesetzlichen Bereiches und wir waren keine Kliniker in konventionellem Sinne. Trotzdem haben wir eine gewisse Professionalität in unsere Arbeit gebracht. Wir hatten eine Methode, in der Erkenntnisse und Erfahrungen kohärent waren und wir haben mit Normen und Kontrollen gearbeitet. Ich bin überzeugt, dass unsere unterschiedliche Definition von uns selbst und unserer Rolle gegenüber den traditionellen Fachleuten ( *verschieden*, nicht besser oder schlechter ) uns eine andere Art von Beziehung verlieh, sowohl zu den Menschen, die unsere Dienste in Anspruch nahmen, als auch zu den Menschen um uns herum in der breiteren Gesellschaft.

Wir befanden uns zwischen der allgemeinen Gesellschaft ( und der Lebenserfahrung der Menschen ) und den berufsspezifischen Fachsystemen ( und der Erfahrung von Menschen mit medizinischen Behandlungen). Aus dieser Perspektive sahen einige Risiken und Nutzen des Behandlungskonzeptes anders aus als die Auffassung von Klinikern. Sie sahen auch anders aus als die von einigen der allgemeinen Öffentlichkeit. Wir hatten den Eindruck, dass beide, das Behandlungsbestreben der Kliniker und der Wunsch der Öffentlichkeit, die Sonderbarkeit oder Andersartigkeit von Menschen zu beseitigen, den Kern des Problems verfehlten – die Suche des gequälten Individuums nach Wegen, mit sich selbst zurecht zu kommen. Beide waren unsensibel gegenüber den Gedanken, den Wahrnehmungen und Gefühlen, die die Realität ihrer Lebenserfahrung ausmachten.

Danach begab ich mich in den Nationalen Gesundheitsdienst, und zwar zu einer regionalen Gesundheitseinrichtung im Nordwesten Englands, die für ca. 3,5 Mio Menschen zuständig war. Meine Rolle bezog sich auf Strategien zum Dienst an geistig Behinderten und Nervenranke. Für beide war es eine kritische Zeit, nämlich für die Verfahrensweise, große Kliniken zu schließen. Es wurde ein großer Aufwand betrieben an politischen Aktionen – aber vielleicht auf Kosten des Sinnes.

„Kommunale Gesundheitsfürsorge“ wurde angesehen als „Dienste nicht im Krankenhaus“. „Deinstitutionalisierung“ bedeutete das Schließen von großen 1000-Bettenkrankenhäusern. Die Vorstellung, dass das Leben in einer Gemeinschaft das Vorhandensein von sozialen Netzwerken und Beziehungen fördert, ging manchmal in Dienstvorschriften verloren. Die neuen Dienstleistungen wurden oft nur wenig besser als sie bisher in den Krankenhäusern erbracht wurden, jetzt nur irgendwo sonst – oder auch gar nicht. Die neuen Örtlichkeiten waren ausnahmslos kleiner und vielleicht weniger weit entfernt als die alten Krankenhäuser; aber wenn „Institutionalisierung“ ein Prozess und eine Erfahrung sein sollten, waren sie nicht weniger „institutionell“.

Eine kleine Gruppe hat sich auf dem Gebiet zur Förderung zum Leben in einer Gemeinschaft für Richtlinien für geistig Behinderte eingesetzt. Sie konzentrierte sich auf Menschen, die in die Lage versetzt werden sollten, ein normales Leben zu führen, wenn auch mit außergewöhnlicher Unterstützung, um dieses zu erreichen. Natürlich kostet solche Unterstützung mehr Geld, als wenn man die Menschen warenhausmäßig in großen Einheiten unterbringt. Es bedeutet auch, dass mehr Menschen belastet werden durch engere Begegnungen mit Abweichung und Unterschied. Kosten und öffentlicher Verdruss sind mächtige Faktoren und sie drohten unaufhörlich, die Vorteile für die Betroffenen zu übertreffen. Die Grundsätze und Werte dieser Strategie und die Konzentration auf das, was für die Betroffenen auf der Suche nach einer Lebensmöglichkeit wichtig war, wurden nur mit einem großen Kraftaufwand und politischer Geschicklichkeit von einer sehr engagierten, aber sehr kleinen Gruppe von Aktivisten aufrechterhalten.

In meinem nächsten Job fand ich mich im Management in einem der größten der großen Nervenkliniken während des fundamentalen Wandels wieder. Wir arbeiteten sehr eng mit unseren lokalen offiziellen Sozialdiensten und mit Freiwilligen zusammen, um neue Dienstleistungen in solchen Gebieten anzubieten, wo Krankenhäuser traditionell gearbeitet hatten.

Wir haben riesige alte Gebäude geschlossen und viele davon verkauft. Wir haben massive Programme für Hunderte des Personals durchgeführt, sie woanders einzusetzen.

Zwei Bilder bleiben in meiner Erinnerung. Eines ist das eines Mannes, dessen Namen ich zu meiner Schande nicht mehr nennen kann. Ich habe immer einmal wieder mit ihm eine Zeit verbracht. Er klagte über den Verlust einer Welt, die er so sehr wertgeschätzt hatte: den Krankensaal mit 50 Leuten in einer 1000-Bettenklinik, wo er von einem unpersönlichen und unverbindlichen Anstaltspersonal überwacht wurde. Nichts von dem, was ich ihm sagte und anbot, konnte ihn überzeugen, dass die Welt, die wir für ihn schufen, besser war als die Welt, die er verloren hatte. Ich kann verstehen, wie anders er die Dinge sah, als wir ihm bei seinem Übergang halfen; aber ich nehme an, dass er diesen Übergang nie wirklich vollzogen hat.

Ich habe den Kontakt zu ihm verloren; aber ich vermute, dass sein persönlicher Anpassungsmechanismus zu tief in einer Welt verwurzelt war, die für ihn nicht mehr zugänglich war. Das Ausmaß der Veränderung war zu groß für ihn, sie kam zu spät. Meine Sorge ist, dass ihn an einem gewissen Punkt der Schmerz, den wir ihm durch die scheinbare Verbesserung seines Lebens bereitet haben, nur noch in den Selbstmord treiben könnte.

Das zweite bleibende Bild ist das von Steve, einem ehemaligen Oberpfleger, der genauso institutionalisiert war wie viele seiner Patienten, der sich fürchtete und völlig desorientiert war, als er in ein neues Dienstverhältnis mit anderen Anforderungen wechseln sollte. Trotzdem hat er schließlich doch große Befriedigung in seiner neuen Karriere empfunden. Er begann mit Menschen zu arbeiten, die in der verwahrlosten Nachbarschaft und den heruntergekommenen Innenstadtbezirken, hier eine natürliche soziale Führungsrolle einnahmen.

Er mobilisierte sie, Beziehungen zu und Unterstützung von Mitgliedern der örtlichen Gemeinschaft aufzubauen, die sich mit ihrer Nervenerkrankung abmühten einschließlich derer, die gerade aus der Klinik entlassen waren. Er startete aus dem Stand soziale Netzwerke einer Grundversorgung in der Kommune.

Später brachte ihn dieses weiter in eine Welt sozialer Unternehmung, in der er verborgene Fähigkeiten und seine Erfahrung in verwahrlosten und „hoffnungslosen“ sozialen Umfeldern nutzen konnte, um gesunden Gemeinschaften zur Entwicklung zu verhelfen, die in der Lage waren, sich um überforderte und am Rande der Gesellschaft lebende Menschen zu kümmern. Als Teil einer institutionellen klinischen Gruppe, in der er gearbeitet hatte, wurde er jetzt Teil eines Netzwerkes von Sozialarbeitern und sozialen Aktivisten. Seine Aktivitäten waren total anders, aber er blieb persönlich ganz klar bei dem, was ihn einst dazu bewog, den Pflegerberuf zu ergreifen – er war Teil eines gemeinsamen Bemühens um Wege, die das Leben von Menschen, die durch Nervenkrankheiten belastet waren, in ihren Sorgen und ihrer Unordnung zu erleichtern.

Meine nächste Rolle nahm mich in eine viel abgeschlosseneren Welt hinein. Ich hatte die Verantwortung für eine hochgradig abgesicherte Psychiatrische Klinik, die wie ein Hochsicherheitsgefängnis gebaut war und jetzt als eine Mischung von Gefängnis und Klinik arbeitete. Es war ein herausfordernder und herausgeforderter Ort. Mein Eindruck ( der sich später als wenigstens teilweise verkehrt herausstellte ) war der, dass der Ort einige der Unordnung der zerrütteten Menschen in ihr angenommen hatte und eine selbsterhaltende Funktionsstörung besaß. Ob das nun so war oder nicht, es war in jedem Fall ein Ort, an dem Regeln und Grenzen an der Spitze standen.

Es war eine Einrichtung, die nicht auf Grund von Vertrauen und Werten funktionieren konnte. Es hatte sich ein verwirrendes Netz von Vorschriften und Protokollen entwickelt, die alles regieren wollten. Die Konsequenz davon war jedoch, dass beide, Personal und Patienten, dessen beraubt waren, was sie als individuelle Personen und menschliche Wesen kennzeichnete. Individualität und das Risiko der Normalität waren zu gefährlich; aber sie sind die Basis für Verantwortlichkeit. Die Dinge, die das Leben draußen bedeutungsvoll und zielgerichtet machen, schienen innerhalb der Mauern zu verunsichernd und gefährlich zu sein.

Ich weiß nicht, ob bei manchen Menschen die Störung wirklich derart gestaltet ist, dass sie nur in einer gestörten Umgebung bewältigt werden kann. Vielleicht ist es nötig, die stillschweigenden Voraussetzungen und subtilen Nuancen abzustreifen, die einen Teil der Kontrolle von „normalen“

Einrichtungen und Beziehungen ausmachen. In gewisser Weise ist hier nicht der Ort, das zu untersuchen. Ich möchte nur einfach meine Erfahrung mit Ihnen teilen, dass nicht nur therapeutische Gemeinschaften Wachstum und Veränderung fördern, sondern dass es auch kontra-therapeutische Gemeinschaften gibt, in welchen die Dynamiken nicht das Wachstum unterstützen, sondern Dysfunktion (Störung) und „Dis-ease“ (eigentlich Krankheit, aber wörtlich „Nicht-Erleichterung“) zunehmend verstärken.

Mein nächster Job war ein Richtungswechsel. Ich leitete ein Team, das in der gesamten Nord-West-Region von England die psychiatrischen Gesundheitsdienste versorgte und dessen Rolle es war, Veränderungen und die Entwicklung lokaler Dienste zu unterstützen. Während dieser Zeit habe ich mich zunehmend für die Dienste interessiert, die die Einbeziehung sozialer Aspekte zusammen mit der Versorgung durch spezialisierte Psychiater in einen größeren Zusammenhang sozialen Lebens förderten. Ich war auch sehr gespannt, einige Erkenntnisse von klinisch arbeitenden Ärzten in psychiatrischen Häusern kennen zu lernen, die daran gewöhnt waren, Organisationen, die im weiteren Sinne mit Gesundheit und Krankheit zu tun hatten, zu informieren.

Deshalb begab ich mich in eine neue Aufgabe bei der „Primary Care Trust“ (PCT, übersetzt vielleicht mit „Stiftung für Basisfürsorge“). Hier handelt es sich um neue lokale Organisationen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes, die für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich sind. Sie erhalten vom staatlichen Gesundheitswesen finanzielle Mittel für die Bevölkerung, um damit primäre und sekundäre Fürsorgedienste zu versehen. Die PCTs bieten auch allgemeine öffentliche Dienste an – mein Dienst schloss die gesamte Palette der psychiatrischen Versorgung ein. Ich meinte, dass das Einbringen der psychiatrischen Dienste in das Zentrum der Hauptverantwortung für Gesundheit für beide, nervliche und Gesundheit im weiteren Sinne, Vorteile bringen würde.

In Wirklichkeit bin ich aber nicht sicher, ob sich die theoretischen Vorteile für die Menschen, denen wir zu helfen versuchten, auszahlten. In jedem Fall traf uns, bevor wir noch Zeit hatten, uns darüber klar zu werden, eine Neuorganisationswelle, die den Nationalen Gesundheitsdienst bedrängte. Die Organisation wurde gespalten und ihre Teile gingen in anderen auf. Es wurde jedoch schon deutlich, dass es in vielen verschiedenen Diensten für chronische Krankheiten, ob psychische Erkrankungen oder Diabetes, Asthma, Arthritis oder was auch immer, allgemeine Bestimmungen existierten. Um es stark vereinfacht auszudrücken, diese Bedingungen machten die Grenzen des traditionellen Modells medizinischer Patientenversorgung deutlich. Sie befinden sich dort, wo Gesundheits- und soziale Fürsorge (im weitesten Sinne) sich offensichtlich zusammentun müssen.

Mit der Reorganisation habe ich mich für meine augenblickliche Tätigkeit entschieden, wo ich verantwortlich bin im öffentlichen Einsatz für PCT („Stiftung für Basisfürsorge“), die zuständig ist für eine Bevölkerung von 500.000 über ein Gebiet von 6.800 Quadrat-kilometern verteilt. Es schließt Handelsstädte und den Ansichtskarten-Lake District ein, ( vervollständigt zur Zeit des Schreibens mit den Riesenmengen von Osterglocken! ); aber es umfasst auch 16% der Bevölkerung, die in den 20% höchst verwehrtester Sozialwohnungen in England leben – einschließlich der Ort, in dem Sheila lebte und in dem ihre Enkel und möglicherweise Urenkel immer noch leben.

In Cumbria haben wir mit einem Erneuerungsprozess begonnen, der entworfen wurde, um Gesundheitsförderung und –fürsorge um die einzelnen Betroffenen und ihre Lebensgemeinschaften herum zu schaffen.

Wir wollen stärkere Gemeinschaften aufbauen, die die Gesundheit ihrer Glieder besser unterstützen können und dabei weniger Menschen die Basis-Fürsorge in Anspruch nehmen müssen. Wir möchten die Kapazität und Fähigkeit unserer Basisversorgung so entwickeln, dass weniger Menschen Spezialisten in Anspruch nehmen müssen. Wir möchten Mittel ( Finanzen, Personal und Fähigkeiten ) verschieben in die Basisversorgung und Gemeinschaften, um diese zu unterstützen. Gleichzeitig möchten wir uns auf die höchst spezialisierten Dienste konzentrieren und diese stärken, damit diese, wenn sie denn benötigt werden, auf höchstem Niveau arbeiten.

Wir haben eine klare Vorstellung von mehr Fürsorge der rechten Art, am rechten Ort und zur rechten Zeit, um Menschen zu helfen, gesund zu bleiben und bei Störungen möglichst ihr Leben, ihre Beziehungen und ihre Identität aufrecht zu erhalten. Wir möchten den Gesundheitsnöten der heutigen Landkreisbevölkerung besser begegnen. Aber wir wissen, dass wir auch den zukünftigen Herausforderungen gerecht werden müssen: in 20 Jahren wird es 30% mehr ältere Menschen geben.

Gegenwärtig gibt es dramatische Unterschiede in Gesundheitszustand und Lebenserwartung im Landkreis. Zum Beispiel besteht ein Unterschied von 19,5 % durchschnittlicher Lebenserwartung in den „besten“ und „schlechtesten“ Bezirken. Wenn da nicht eine radikale Veränderung stattfindet, werden sich diese Ungerechtigkeiten noch vergrößern. Aber während wir diesen Prozess vorantreiben, können wir mit Sicherheit darauf warten, dass man uns als „herzlose Manager“ verleumdet wird, die den Nationalen Gesundheitsdienst durch Inanspruchnahme von Geld, zentraler Kontrolle und kurzfristiger Vorteile zerstören wollen. Wir sind sicher, dass wir Straßenmärsche zur „Rettung unserer Dienste“ hervorrufen werden. Diese werden angeführt werden durch die redogewandtere und wohlhabendere Mittelschicht. Sie werden für die Fortsetzung der beruhigenden Sicherheitsdecke des Status quo kämpfen. Sie werden Veränderungen und der Übergabe von Mitteln entgegentreten, wodurch sie zusätzliche Kosten verursachen, die die verletzlichere und weniger einflussreiche Schicht tragen muss. Es werden diese verletzlicheren Menschen sein, die dann weiterhin vermeidbare Krankheiten haben werden und vorzeitig sterben.

Ich bitte um Entschuldigung, wenn ich zu zügellos in der Auswahl meiner Bilder aus meiner Karriere gewesen bin; aber ich hoffe, dass sie Rohstoff für unsere Überlegungen über Gesundheit und Verantwortung bieten. Ich sagte, dass es an Ihnen ist, meine Anekdoten anzunehmen und sie in bedeutungsvollere „Poesie“ zu verwandeln. Aber lassen Sie mich schon einmal damit beginnen, einige Themen anzudeuten in der Erwartung, dass Sie in unseren weiteren Diskussionen darauf aufbauen werden.

All die Jahre habe ich mir darüber Gedanken gemacht, wie man Sheila zu einem Sinn im Leben verhelfen könnte und dafür die Kontrolle zu übernehmen. Ich habe instinktiv gefühlt, dass beide, sie und die Gemeinschaft, die sie repräsentierte, mehr Sinn für ihre Identität und Ziele entwickeln müssten, eine Verbesserung der Selbstachtung und ein gewisses Maß an Selbstbestimmung. Gleichzeitig war ich beteiligt an der Entscheidung, die von Fachleuten getroffen wurde, dass es für John das Beste war, in Pflege gegeben zu werden – weit weg von seinem gewohnten Umfeld.

Sheila und John haben den Grund gelegt zu Gesundheitsthemen, mit denen ich in verschiedener Weise während des Restes meiner Karriere ständig gerungen habe. Diese Themen handeln von Einzelnen und Gemeinschaften und von den verschiedenen Ausgangspunkten von Einzelnen und Klinikern.

Sheila war eine Person mit eigenen Rechten, mit der gewöhnlichen Mischung von Stärken und Schwächen und von Rechten und Verantwortlichkeiten. Aber es schien für mich eine unentrinnbare Tatsache zu sein, dass die sozialen, ökonomischen und geographischen Gegebenheiten in ihrer unmittelbaren Umgebung eine zentrale Rolle spielten, wie sie sich selbst einschätzte und ihr Leben einrichtete. Die Vermutung, dass sie durch die realen Gegebenheiten an ihrem Ort völlig eingekerkert war, vereinfacht zu stark; aber anzunehmen, sie sei unabhängig von diesen Gegebenheiten gewesen, vereinfacht ebenfalls zu stark.

Und John. Ich nehme an, dass es weder „richtig“ noch „verkehrt“ war, ihn in Pflege zu geben. Mir ist klar, dass der Preis, den er sehr wohl gezahlt haben könnte, von der Art Verwirrung sein konnte, den die jungen Leute, die ich später mit ihren schwarzen Abfallsäcken mit ihren Habseligkeiten kennen lernte, gezahlt haben mögen. Abgesehen von den Erwägungen der Fachleute, die damals die Entscheidung über Risiko und Nutzen getroffen haben, überlege ich, wenn wir diese fortführen, wie er sich selbst einschätzt und seine Welt als Heranwachsender, der auf dieser verlagerten Welt aufbauen musste.

In dem Jugendheim und später in der Nachbarschaftsarbeit von Steve, dem Ex-Pfleger, habe ich die positive, stützende Fähigkeit von Gemeinschaften erlebt. Ich habe gesehen, wie sie in der Weise

arbeiten konnten, dass sie gleichzeitig verletzte Mitglieder stützen und sich stärker als Gemeinschaft entwickeln konnten. Es ist keine rosige Geschichte von einer völlig guten Gemeinschaft, die das Leben eines jeden Mitgliedes zum Besseren wenden konnte, aber ich sah die positive Dynamik, die realen gegenseitigen Nutzen brachte und sowohl die persönliche als auch die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden zu unterstützen schien.

In dem Hoch-Sicherheitskrankenhaus meine ich das Gegenteil erlebt zu haben. Dort waren die treibenden Kräfte negativ für die Einzelnen, und sowohl die Patienten als auch das Personal verursachte mächtige Kosten für die Allgemeinheit. Diese Kosten entstanden nicht durch Unterstützung und Anerkennung der Individualität mit allem, was dazu gehört. Das Klima war „depersonalisierend“ und schien dadurch Gesundheit und Wohlbefinden sowohl vom Personal als auch der Allgemeinheit zu unterminieren.

Diese Worte über eine Klinik sind hart. Ich muss zugeben, dass meine Auffassung davon meine persönlichen, sehr herausfordernden Erfahrungen bei meiner Arbeit dort widerspiegeln. In jedem Fall war es eine sehr spezielle Einrichtung, die mit extrem schwierigen und gestörten Menschen und Verhältnissen ringen musste. Von Klinikern in solcher Situation erwartet man, dass sie im Brennpunkt eines höchst komplexen Netzes von klinischen, gesetzlichen, moralischen und ethischen Spannungen arbeiten.

Kliniker in den normalen psychiatrischen Einrichtungen haben nicht mit solch extremer Vielfalt zu tun. Aber das heißt nicht, dass ihr Leben einfach wäre. Viele von ihnen kommen aus einer Geschichte und Gesinnung, die von einer gründlichen Hingabe eines Klinikers an einen individuellen Patienten geprägt ist, eins zu eins. Entweder stillschweigend oder ausdrücklich besteht die Vorstellung, dass der Facharzt die Kenntnis und Fähigkeit besitzt, den Zustand eines Patienten zu beurteilen, ihn zu behandeln und ihn in gewissem Sinne zu bessern. Er hat die Kenntnisse, die Macht und in gewisser Weise das Eigentum.

Ich weiß, dass dies eine andere Form der übermäßigen Vereinfachung ist; aber darin liegt wenigstens etwas Wahrheit. Es ist ein gegenseitig befriedigendes Arrangement. Es schafft eine Rückversicherung für den Fachmann bezüglich seiner Rollenauffassung und vielleicht auch seiner selbst. Gleichzeitig beruhigt es den Patienten, der potentiell ängstlich ist und dessen persönliche Grenzen überschritten würden. In diesem Sinne funktioniert es gut.

Es funktioniert weniger gut, wenn man den Patienten als eine Person mit Vergangenheit und Zukunft betrachtet, der zu der Zeit mit verschiedenen Rollen, Beziehungen und Verantwortlichkeiten zurecht kommen muss, und das mit einer Mischung aus Fähigkeiten und Schwächen. Vorallem hat die Person besondere gesundheitliche Vorgaben und die Fähigkeiten oder Kenntnisse des Klinikers könnten hilfreich sein im Umgang damit. Mir ist klar, dass ich hier dem Interesse des Auditoriums einen wichtigen Punkt anvertraut habe.

Der Grund dafür, dass ich das tue, ist der, dass ich viele Gesundheitsdienste für Nervenranke erlebt zu haben schien, in denen Kliniker mit großen Fähigkeiten und Hingabe arbeiteten, aber mit wenig Kenntnis von oder auch Interesse für die sozialen Verhältnisse, in denen ihre Patienten leben mussten. Ihre Interventionen haben manche Besserung für ihre Patienten gebracht aber versäumten eine m.E. kritische Dimension, die entweder nicht für relevant gehalten oder die der Verantwortung anderer zugeordnet wurde. Was bedeutet eine Behandlung einer Nervenerkrankung, wenn man im Kampf um einen Ort zum Leben alleingelassen wird, einen Ort, wo man sich um andere Menschen kümmert und wo man sich sinnvoll betätigen kann.

Meine laienhafte Definition für Nervenerkrankung mag zur Verdeutlichung beitragen. Ich halte eine Nervenerkrankung für eine Störung von Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen und eine Zerrüttung sozialer Rollen, Beziehungen und Verhaltensweisen. Eine Behandlung muss sowohl die innere als auch die äußere Welt berücksichtigen.

Dies war das Problem mit der Art und Weise, wie die öffentliche Fürsorge vorging; es wurde zu oft als eine Frage der persönlichen Verschiebung als der erneuten Definition der Dienste angesehen, die sowohl die innere als auch die äußere Welt ansprechen. Wenn man dies vielleicht in diesem begrenzten Sinne betrachtet, hat das nicht die bequemen Traditionen von Klinikern und Patienten und den Besitz der Dienste herausgefordert.

Durch meine verschiedenen Erfahrungen habe ich eine persönliche Arbeitsdefinition für Psychische Gesundheit entwickelt. Ich sehe sie in Beziehung zu unserer Anpassungs-fähigkeit, mit der wir unsere innere und äußere Welt vereinen. Meine Arbeit in der PCT (Stiftung für Basisfürsorge) verstärkte für mich die Bedeutung davon in vielen gesundheitlichen Vorgaben und Ausstattungen.

Wenn ich die gegenseitige Abhängigkeit von einer Person und ihrem Umfeld richtig sehe und wenn Gesundheit in abgerundete, ganzheitliche und die ganze Person betreffende Begriffe gefasst werden soll, gibt es da Zusammenhänge, die genau auf die eigentliche Beziehung zwischen den Menschen und ihrem Gesundheitssystem, im Falle Englands, unserem Nationalen Gesundheitsdienst zielen.

Meine gegenwärtige Arbeit in Cumbria ist Teil einer fundamentalen Umgestaltung der Beziehung zwischen den Menschen und ihrem Gesundheitssystem und als Teil davon, eine Arbeitsweise des Nationalen Gesundheitsdienstes.

Ich habe absichtlich die Formulierung benutzt „Umgestaltung der Beziehung zwischen den Menschen und ihrem Gesundheitssystem“. Es ist eine Beziehung; und in Beziehungen bewegen sich Rechte und Verantwortlichkeiten in beide Richtungen.

Der Nationale Gesundheitsdienst hat kollektiv, die Kliniker haben individuell, Fähigkeiten, Kenntnisse und Mittel zur Verfügung, die von besonderer Bedeutung für die Gesundheit sind. Es besteht die Verpflichtung, diese Möglichkeiten so zu entfalten, dass die Fähigkeit von Menschen und Gemeinschaften unterstützt wird, Gesundheit zu bewahren bzw. mit Krankheit umzugehen. Individuen und Gemeinschaften haben die Verpflichtung, die verfügbaren Möglichkeiten anzunehmen, ihre Wahl bekannt zu machen und die Auswirkungen ihrer Handlungen zu verstehen. Eine kürzliche große ökonomische Studie legt sehr ernsthaft nahe, dass England nur dann in der Lage sein wird, sein augenblickliches Gesundheitssystem weiter aufrecht zu halten, wenn die Dienste produktiver werden und wenn die Allgemeinheit sich mehr für ihre eigene Gesundheit einsetzt und mehr Verantwortung dafür als Einzelner oder auch als Gemeinschaft übernommen wird.

Wenn ich über Verantwortung und Gesundheit nachdenke, denke ich an Gesundheit in mehr abgerundetem Sinne, vertretbarerweise mehr abhängig von der Spannkraft, die ich aus meinem eigenen Wohlbefinden beziehe (wer ich bin und wo ich hinpasse) als einfach aus der Abwesenheit von Krankheit. Ich denke an heute, aber ich erkenne an, dass der heutige Tag ein Produkt des gestrigen ist und die Kämpfe und Errungenschaften der Vergangenheit sich unweigerlich wiederfinden in Aspekten meiner gegenwärtigen Erfahrung. Unsere gegenwärtige Erfahrung wird selbst wiederum zu unserer Geschichte werden.

Und wie soll ich nun die Frage beantworten, die ich als Titel gewählt habe: „um wessen Gesundheit handelt es sich überhaupt?“ Die Antwort lautet für mich, dass sie ein Teil eines Gemeinwesens ist. Sie ist wichtig für mich, aber nicht exklusiv nur meine Gesundheit. Sie ist unauflösbar mit der Gemeinschaft, dessen Teil ich bin, verbunden – aber sie gehört ihr nicht. Sie ist Teil des sozialen Kapitals der Gemeinschaften, die sich vom persönlichen Umfeld bis zur Nation hin zusammenfügen. Sie gehört ganz bestimmt nicht den Klinikern oder den Managern des Gesundheitswesens; aber deren Kenntnisse und Fähigkeiten stellen einen lebenswichtigen Beitrag zu ihr dar, und sie sind auch wiederum Teil des sozialen Kapitals unter den Beiträgen anderer Arten von Kenntnissen und Fähigkeiten. Als Manager im Gesundheitswesen hoffe ich, in der Lage zu sein, einige Beiträge zur Instrumentalisierung einer Arbeitsweise zu liefern, die nicht nur dafür sorgt, dass die Bücher stimmen und die Ziele erreicht werden, sondern die die Erkenntnis der gegenseitigen Abhängigkeit ermöglicht.



In dieser Weise soll mein Beitrag nicht nur die heutige Art der Gesundheitsfürsorge beschreiben, sondern auch etwas aussagen über das Wachstum von Individuen und Gemeinschaften in eine gesündere Zukunft hinein.

Nachdem ich mit dem ersten Vers des Dichters, der nicht mein Vorfahre ist, begonnen habe, in dem das Bild von Dorothy's Spaziergang eingefangen und transformiert wurde, erscheint es mir angemessen, mit seinem letzten Vers abzuschließen. Es mag mein Referat mit einer Form von Symmetrie ausstatten; es mag den Eindruck einer friedlichen Betrachtung erwecken und es mag Sie daran zu erinnern, dass es nun Ihre Aufgabe ist, meine Bilder für sich in Substanz umzusetzen:

Wenn immer ich auf meiner Couch liege,  
geistesabwesend oder gedankenvoll,  
leuchten sie vor meinem inneren Auge,  
welches der Funke der Einsamkeit ist.  
Dann füllt sich mein Herz mit Freude ( fills)  
und tanzt mit den gelben Narzissen. ( Daffodils )