

Deinstytucjonalizacja i sektoryzacja na przykładzie Eckardtsheim - aspekty koncepcyjne, organizacyjne i finansowe*

Uwagi wstępne

Najlepiej, żeby wszystko zostało po starciu?

Zmiany w pełnym niepokoju środowisku traktowane są nader często z wątpliwościami i sceptycyzmem, tendencje zachowawcze w sensie bezwładności tego, co już istnieje, przybierają niesłychane wymiary. Patrząc jednak na burzliwe przemiany waszego otoczenia w Polsce można przyjąć także odmienny punkt widzenia: odwaga zmieniania wymaga gotowości na ryzyko, odkrywania i wykorzystywania szans. Wydaje się istotne, aby nie ulegając niedowładowi postawy „albo-albo” pozwolić sobie na podejście, „które pozwala kształtować proces zmian, a także analizować go, śledzić i w danym wypadku korygować”.¹

Dalszy rozwój psychiatrii w Republice Federalnej - i nie tylko - koncentruje się wokół pozornie nierozwiązywalnego dylematu utrzymania równowagi między potrzebami koncepcyjnymi, organizacyjnymi i finansowymi. Jeśli podkreśla się pojedyncze aspekty tego splotu problemów, z reguły nie udaje się uniknąć niepowodzenia. Przedsięwzięcia ukierunkowane jedno-

stronnie na korzyść finansową przynoszą zagrożenie utraty ich zawartości treściowej; za przykład może tutaj służyć podejmowanie środków prawnych w celu zabezpieczenia opieki w RFN.

Aspekty koncepcyjne, organizacyjne i finansowe dalszego rozwoju wielkiej instytucji podlegają wielostronnym zależnościom wzajemnym, które chcemy wyjaśnić na przykładzie rozwoju ostatnich lat w Eckardtsheim.

Powstała w roku 1882 jako pierwsza „kolonia pracy” dla mężczyzn, którzy udali się w rejony wiejskie, inicjatywa Eckardtsheim jako części Zakładów von Bodelschwingha w Bethel w Bielefeld (vBAB) okazała się ok. 100 lat później klasyczną instytucją długoterminową z punktami ciężkości położonymi na psychiatrię i pomoc dla osób niepełnosprawnych. W roku 1990 było ok. 1600 miejsc w różnych instytucjach pomocy w całym obszarze psychiatrii, pomocy dla niepełnosprawnych, pracy dla osób uzależnionych, psychogeriatrui, jak również w instytucjach pomocy dla młodzieży i bezdomnych.

Pewne impulsy w formie pierwszych niewielkich grup mieszkaniowych dla psychicznie chorych i niepełnosprawnych zostały przejęte z obejmującej cały kraj dyskusji nad ankietą psychiatryczną i nad programem modelowym. Wyłącznie obszar pomocy dla młodzieży mógł być uznawany

za wprawdzie niewielki segment, ale dotrzymujący kroku aktualnym standardom fachowym.

Całość instytucji była prowadzona patriarchalnie przez kierownika zakładu. Istniejące wyposażenie zarówno lokalowe, jak i personalne było na niskim poziomie zwłaszcza w porównaniu z dużą częścią zakładu Bethel w środku Bielefeld, jako inną częścią fundacji zakładu Bethel.

Punkt zwrotny w historii instytucji stanowiła spowodowana przez ordynatora zakładu Bethel i szefa szpitala psychiatrycznego Gilead, Dr Pörksena, wizyta komisji ekspertów rady dyrektorów krajów związkowych. Przy okazji tej wizyty w lutym 1989 poddano krytycznej ocenie wiele instytucji i oddziałów w klinikach, w tym także w obszarze leczenia długoterminowego w Eckardtsheim. Wizytę tę można uznać za przykład istotnego bodźca z zewnątrz przyczyniającego się do rozwoju instytucji, który miał zapoczątkować znaczną dynamikę dalszych działań.

Przekształcenia w instytucji

Ocena komisji dyrektorów szpitali podkreślała najpierw wysoką motywację współpracowników, dobrze prowadzoną dokumentację opieki oraz relatywnie niewielkie oddziały z przeważającą liczbą pojedynczych pokoi.

Krytycznej ocenie poddano w szczególności następujące punkty:

- nieprzejrzystą strukturę specjalistycznego obszaru psychiatrii, szczególnie w odniesieniu do rozdziału ostrej psychiatrii/szpitala specjalistycznego i obszaru leczenia długoterminowego
- słabo umotywowane sprowadzanie licznych pacjentów do statusu osób wymagających pomocy społecznej, a zarazem przesuwanie ich do obszaru opieki długoterminowej
- niską kulturę prowadzenia sporów z karami chorych i sądami opiekuńczymi

- brak koncepcji prowadzenia całego obszaru specjalistycznego terapii długoterminowej
- „Sytuacja w Eckardtsheim przedstawiona została jako szczególnie ciężka... samo Eckardtsheim prawie w ogóle nie współkształtuje swojej pracy psychiatrycznej” (str. 3)
- znaczne braki personelu zwłaszcza w Eckardtsheim (Ophra, Jericho, Fichtenhof)
- sprzeczność między osiedlaniem a integracją, wzajemna blokada grup współpracowników, którzy okupują różne pozycje (Kruckenberg)²

W szczególności ostatni z wymienionych punktów wymaga objaśnienia: Eckardtsheim znajdował się w trudnościach pod naciskiem przyjęć coraz cięższych pacjentów chronicznych, którzy trafiali do obszaru terapii długoterminowej w ramach obowiązku rejonizacyjnego w psychiatrii. Przyjmowano dodatkowo do „starych” pacjentów chronicznych - szczególnie w oddziałach zamkniętych - młodych ludzi chorujących pierwotnie chronicznie, jak również osoby chronicznie uzależnione. Instytucja nie była w stanie w odpowiedni sposób radzić sobie z tą sytuacją ani pod względem ilości personelu, ani od strony lokalowej i koncepcyjnej.

Pod koniec lat osiemdziesiątych powstała sytuacja, w której postawione zostały zasadnicze pytania co do orientacji wielkiej, tradycyjnej instytucji diakonicznej. Obowiązująca wówczas nadal idea przewodnia „osiedlenia”, co oznaczało z reguły trwałe umieszczenie w obszarze dla pacjentów chronicznych, kontrastowała z nowymi ideami deinstytucjonalizacji i psychiatrii środowiskowej. W efekcie doszło do konfliktów, które dotyczyły głównie instytucji Jericho, wobec której już w 1989 roku na początku procesu restrukturyzacji podjęto decyzję zmiany pracy w jej całkowitego przerwania.

* Przepracowana wersja wykładu wygłoszonego na VI Sympozjum Bethel-Kraków, Kraków 1996

1 Osterhold, G. (1996), Veränderungsmanagement, Wiesbaden, 15

2 Protokoll-Notizen vom 20.2., 27.2. und 1.3.1989

Hospitalizacja, rozumiana jako dłuższe trwające pełnostacjonarne leczenie w ramach zakładu albo szpitala psychiatrycznego, była przez długi czas uznawana za adekwatną metodę leczenia i kwaterowania chronicznie chorych psychicznie oraz niepełnosprawnych. Krytyczna ocena efektów stosowania takich środków w obu ostatnich dziesięcioleciach coraz wyraźniej ukazywała, że sztucznie stworzone światy szpitali, domów opieki i zakładów same oddziałują na pacjentów chorobotwórczo przynosząc dodatkowe szkody. Te efekty uboczne określane jako „hospitalizm” albo „instytucjonalizm”, które po części stały się efektami głównymi, zostały opisane przez licznych autorów (Wing 1962, Wing/Brown 1970, Goffman 1972, Scheff 1973, Ciompi 1980).³

W zaleceniach komisji ekspertów rządu federalnego d/s reformy opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej/psychosomatycznej z listopada 1988 podawane jest w sposób lapidarny następujące zasadnicze zalecenie na temat deinstytucjonalizacji: „Jak i wcześniej zalecana jest kontynuacja i intensyfikacja przeprowadzania pacjentów chronicznych z obszaru stacjonarnego w stronę gminy. Pomimo dokładnie wyliczonych w tym rozdziale trudności kosztorysowych zadanie to jest zdaniem komisji przy odpowiednim zastosowaniu fantazji administracyjnej wykonalne i musi być podejmowane” (Empfehlungen 1988)⁴

Z przeprowadzonych w latach 70- i 80-tych programów można było wynieść częściowo bolesne doświadczenia, że deinstytucjonalizacji nie da się przeprowadzić ani za pomocą fantazyjnego przemianowania obszarów szpitali w domy opieki, ani poprzez proste zwolnienie ze szpitala lub zakładu, ani przez udział w kilkumiesięcznym programie rehabilitacyjnym. W obszarze niemieckojęzycznym szczególnie Kunze wskazywał w wielu miejscach na te aspekty problemu (por. Kunze 1981 i 1992).⁵

Dehospitalizacja, albo stosowany szczególnie w literaturze anglo-amerykańskiej pokrewny termin deinstytucjonalizacji, ma jako pojęcie liczne konotacje i zastosowania (por. do tego Ciompi et al. 1977, Anthony/Liberman 1986, Gmür 1986, Ciompi 1989, Krüger et al. 1993).⁶ Jesteśmy nader świadomi braku precyzji językowej tych terminów. Takie pojęcia jak „dehospi-

4 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischem Bereich (1988), Bonn, 631
Dr.med. Bernward Vieten, Leitender Arzt, Eckardtsheim, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel

Wolfgang Schrödter, Kaufmännischer Leiter, Eckardtsheim, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel

5 Kunze, H. (1981), Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime, Stuttgart
Kunze, H. (1992), Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem und das Problem der sogenannten Enthospitalisierung, in: Tagungsberichte der Aktion Psychisch Kranke, Bd. 19, 43-55

6 Ciompi, L., Agué, C., Dauwalder J. - P. (1977): Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. II. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. In: Der Nervenarzt 50, 366 - 378.

Anthony, W.A., Liberman, R. P. (1986): The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. In: Schiz. Bull., 12, 542 - 559.

Gmür, M. (1986): Schizophrenieverlauf und Enthospitalisierung. Stuttgart.

Ciompi, L. (1989): Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus, H., et al. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychiatrie. Berlin. 27 - 38.

Krüger, G.; Kipping, H. - W.; Röhm, J.; Jacobs, G. (1993): Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker am Beispiel eines öffentlichen psychiatrischen Krankenhauses. In: Psychiatrische Praxis 20, 63 - 69

3 Vgl. dazu u.a. Wing, J.K. (1962), Institutionalism in Mental Hospitals, in: British Journal of Social and Clinical Psychology, 1, 38-51

Wing, J.K./Brown, G.W. (1970), Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960-1968, Cambridge

Goffman, E. (1972), Asyl. Frankfurt/M.

Scheff, T. (1973), Das Etikett Geisteskrankheit. Frankfurt/M.

Ciompi, L. (1980), Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48:237-248

talizacja”, „wyprowadzenie ze szpitali”, „ponowne osiedlenie” albo „rozwiązanie szpitali” przypisują pacjentom rolę „pasywnego znoszenia” wysiłków współpracowników, nie trafiają jednak w sedno. Stawanie się bardziej samodzielnym oznacza ponowne doświadczanie własnej biografii, ponowne przyswojenie jej, możliwość podejmowania wyborów w roli nie ubezwłasnowolnionego, jeśli nawet wymagającego wsparcia, obywatela.

Biorąc pod uwagę te ograniczenia trzeba zdefiniować pojęcie „dehospitalizacji” w następujący sposób:

W Eckardtsheim dehospitalizacja oznacza nie tylko wyjście pacjentów ze szpitala i odebranie im statusu pacjenta, lecz także obszerne zmiany organizacyjne i koncepcyjne w instytucji. Te mają za cel w pierwszym rzędzie takie przesunięcie istniejących granic i ograniczeń, żeby umożliwić pacjentom także wewnątrz zakładu indywidualnie dostosowany, optymalny wymiar samostanowienia i samodzielności oraz powrót do regionu macierzystego lub utrzymanie późniejszego zwolnienia jako otwartej opcji.

W takim znaczeniu zdefiniowane pojęcie dehospitalizacji zawiera szerokie ramy do restrukturyzacji w ramach instytucji. Dehospitalizacja w wąskim znaczeniu realizuje się dopiero wówczas, gdy osiągnięty zostanie wypis ze szpitala i związana z tym swoboda zamieszkiwania oraz leczenia ambulatoryjnego.

Tym samym, istotnym zadaniem w Eckardtsheim było odpowiednie przeprowadzenie tego procesu w oparciu o indywidualne potrzeby pacjentów i z dala od dużej instytucji.

Jednym z pierwszych następstw było jesienią 1990 stworzenie w Eckardtsheim „psychiatrycznej grupy planowania”, która miała przejąć pod kontrolą ordynatora w GL funkcje planowania i kierowania podjętego procesu. Od końca 1989 roku był do dyspozycji, zatrudniony na pół etatu

wewnętrzny koordynator psychiatrii oraz dodatkowe pojedyncze grupy projektujące, których zadaniem było opracowanie tematów specjalnych. Podstawą do podjęcia takich decyzji było przekonanie, że istniejące gremia spełniające swoje zadania rutynowe nie były w stanie kształtować zapoczątkowanego procesu, a ponadto nie funkcjonowała specjalistyczna współpraca instytucji na płaszczyźnie „obszarów roboczych”.

Upewnienie się co do celów i pomocy doradców zewnętrznych, pozwoliła przyjąć następujące punkty widzenia:

Zmiany koncepcyjne:

- Grupa zajmująca się planowaniem potrzebuje jasnej filozofii planowania. Ważne jest nawiązanie do „normalności”, jak i do indywidualnych potrzeb jednostki. Nie wolno ukierunkować tego procesu wyłącznie na założeniach „z góry”.
- Orientacja na „najtrudniejszego” pacjenta uwypukla jego potrzeby rozwojowe i wyklucza wyłączne zajmowanie się tylko pacjentami zdolnymi do podjęcia rehabilitacji.
- Orientacja na „najtrudniejszego” pacjenta jest podstawą pracy w procesie dehospitalizacji, wymaga ona rozwiązań kreatywnych.
- Przy dehospitalizacji ważna jest identyfikacja mieszkańców z miejscem zamieszkania, a także nastawienia współpracowników, związanych z wyjściem pacjenta z instytucji.
- W nowych formach mieszkaniowych trzeba odnaleźć i uwzględnić indywidualną koncepcję samego siebie i potrzeby mieszkaniowe pacjenta. Jeżeli te nie zostaną odnalezione, wówczas mieszkańcy będą tęsknić za dającym opiekę szpitalem lub domem pomocy.
- Istotnym aspektem w procesie planowania jest intensywne towarzyszenie współpracownikom oraz ciągłe ich szkolenie.

- Związane z planem decyzje muszą być jasno przedstawione przez kierownictwo mieszkańcom i personelowi. Także decyzje radykalne są do zniesienia, jeśli są jasne, otwarte i jednoznaczne.

Zmiany instytucjonalne:

- stałe zmniejszanie ilości miejsc w obszarze stacjonarnym i dopasowywanie ilości do potrzeb w rejonie; do końca roku 1996 zamknięcie dwóch szpitali specjalistycznych z łącznie 203 łóżkami; dalsze zmniejszenie ilości miejsc do roku 2000 o 200-300 łóżek;
- przygotowanie form mieszkaniowych w niewielkich, zdecentralizowanych instytucjach w mieście;
- koncepcja opieki oparta na wzmacnianiu wolności i umiejętności osobistych z docelowym wypisem ze szpitala, czemu ma pomóc, m. in. instytucja mieszkaniowego miejsca spotkań i innych grupowych ofert dla pacjentów;
- wprowadzenie zorientowanych systemowo sposobów pracy, umocnienie pracy z pacjentami i ich krewnymi;⁷
- rozwój personelu przez poszerzenie oferty dalszego szkolenia i dokształcania, jak również celowanego wprowadzania personelu;
- rozwój struktur kierowniczych i komunikacyjnych w Eckardtsheim poprzez decentralizację i przekazywanie kompetencji i odpowiedzialności mniejszym jednostkom.

Aspekty organizacyjne

Struktura centralistyczna klasycznej wielkiej instytucji

Po zmianie kierownictwa zakładu Eckardtsheim w roku 1985 podjęto w roku 1987 pierwszą reorganizację całości instytucji według kryteriów fachowych w tzw.

7 Vgl. Klekamp, G., Knirsch, P., Vieten, B. (1996), Systemische Ansätze in einer Großinstitution der psychosozialen Versorgung - Aus der Backstube kleiner Brötchen, in: Systema, 10.JG, 2, 53-66

„obszarach roboczych”. Chociaż kierownictwo prowadzące zadania ponosiło odpowiedzialność kolegialną, nadal istniał znaczny stopień centralizacji hierarchii, którą można rozpoznać po odpowiedzialności kierownika zakładu za wszystkie 26 kierownictw domów.

Na początku procesu planowania charakter opieki w obszarze roboczym psychiatrii w Eckardtsheim był zdominowany dużymi szpitalami specjalistycznymi Jericho, Fichtenhof i Mahanaim, w których skupiona była większość łóżek psychiatrycznych. Kierunek koncepcyjny i standard fachowy tych szpitali nie odpowiadał czasem i nie realizował ogólnie uznawanych zasad specjalistycznego leczenia osób chronicznie chorych psychicznie. Wieloletnie starania, aby od wewnątrz zmienić w tych szpitalach stan opieki i leczenia pacjentów i pacjentek udawały się tylko w niewielkim stopniu.

Zadanie przeprowadzenia skutecznego planowania w całym obszarze psychiatrii w Eckardtsheim kryło w sobie szansę zmiany standardów specjalistycznych i celów leczenia w wielkich szpitalach psychiatrycznych. Na tej podstawie nie tylko wyznaczono przesunięcie miejsc ze szpitala specjalistycznego Fichtenhof do struktur zdecentralizowanego domu opieki (Reinhard-Beyth-Haus); z początkiem roku 1992 stało się również jasne, że także następny duży szpital specjalistyczny (Mahanaim) nie pozwala się sensownie wykorzystywać ani w sensie koncepcyjnym ani lokalowym i zgodnie z tym powinien również zakończyć pracę. Dynamika procesu dehospitalizacji rozszerzyła się od pierwotnie jednej instytucji na cały obszar roboczy psychiatrii, i w efekcie także na dalsze obszary robocze w Eckardtsheim, szczególnie na obszar pomocy dla osób niepełnosprawnych. Tak więc np. w maju 1992 podjęto decyzję zaniechania przebudowy jednego z tradycyjnych domów opieki dla najciężej upośledzonych - mimo istniejących kompletnych planów przebudowy - a

na to miejsce stworzono alternatywę w postaci małych, zdecentralizowanych jednostek.

Tradycyjna struktura domów z rodzicami domu jako kierownictwem stwarzała dalsze konflikty, co było przez niektórych protagonistów w sposób przesadny formułowane jako spór między orientacją „diakoniczną” a „specjalistyczną”. Rozpowszechnianie nowej orientacji przy równoczesnym poszanowaniu dla świadczonej dotąd - jak opisano powyżej - w skrajnie niekorzystnych warunkach pracy postępowało powoli. Nowi współpracownicy na stanowiskach kierowniczych w ramach i rosnąca akceptacja dla wytyczonej drogi wewnątrz instytucji pozwoliły ostatecznie na kontynuację dalszego rozwoju.

Jednocześnie powstały konflikty z zarządem o skalę i tempo uruchomionego procesu. Nie kwestionując zasadniczych, już podjętych decyzji, wyrażano sceptycyzm co do sposobu wprowadzania nowych koncepcji, co do ich podstawowych założeń i związanej z nimi oceny przeszłości.

Dochodziła do tego niepewność ekonomiczna związana z utratą środków materialnych wskutek redukcji łóżek szpitalnych. W roku 1992 wystąpiły znaczne trudności kierowania budżetem, wiążące się z ryzykiem finansowym. Temat zależności struktur centralnych (overhead) od wartości tworzonej przez stawkę pielęgnacyjną stał się wyraźniejszy, a równocześnie wartość priorytetów w kształtowaniu pracy bardziej wątpliwa.

Wytyczonemu raz kierunkowi zarząd nie stawiał wprost oporu, pozostawał jednak pewien rodzaj powściągliwego sceptycyzmu.

Przejście od myślenia typu szpitalnego do kultury instytucji otwartej

Kiedy przywołujemy sobie w pamięci obraz klasycznego szpitala, wiążemy z pojęciem hospitalizacji typ organizacji, którą Goffman opisał w roku 1961 jako „instytucję totalną”: „Instytucja totalna pozwala

się zdefiniować jako miejsce zamieszkania i pracy dużej ilości podobnie ustawionych indywiduów, które na dłuższy okres czasu odcięte są od reszty społeczeństwa i prowadzą ze sobą zamknięte, formalnie reglamentowane życie”.⁸ Dalszymi cechami są brak rozdziału takich obszarów życia jak praca, odpoczynek, sen i mieszkanie, jednokowe leczenie, jednakowe czynności, dokładnie przestrzegany przebieg dnia i dokładna reglamentacja w ramach systemu wybitnie odciętego od świata zewnętrznego.

Nawet jeżeli opis ten w pojedynczych szczegółach nie jest całkowicie trafny w odniesieniu do Eckardtsheim z końca lat osiemdziesiątych, to i tak perspektywa mieszkańców instytucji obejmowała w większości osiedlenie, to znaczy umieszczenie dożywotnie. Koncepcja opieki w prowadzonej centralnie wielkiej instytucji (np. zaledwie 85% ponad 300 miejsc w obszarze psychiatrii ogólnej) była obok funkcji ochrony i zapewnienia miejsca do życia zdominowana pryncypiami bezpieczeństwa, spokoju i porządku, jak również higieny. Rozdział płci był oczywisty (77%), w każdym dużym szpitalu specjalistycznym psychiatrii ogólnej istniały oddziały zamknięte (ponad 26% miejsc). Oznaką „osadzenia długoterminowego” było zarówno wśród mieszkańców, jak często także wśród pracowników, przeżywanie nie tylko „długoterminowości”, ale „bezmiaru” czasu. Po znalezieniu się w oddziale docelowym szpital robił wewnątrz i na zewnątrz wrażenie, że „nic więcej się tutaj nie zdarzy”. W miarę upływu czasu nie pytało więcej o pierwotną przyczynę przyjęcia ani o funkcję i ofertę instytucji, tylko dokonywano ich dekontekstualizacji.

Zmiany na drodze rozwoju od myślenia typu szpitalnego i od struktur szpitalnych do struktury i kultury instytucji otwartej z uwzględnieniem złożonej oferty wielu świadczeń ze strony instytucji finansujących są wyjątkowo wielowarstwowe. Aspekty kon-

8 Goffman, I. (1973), Asyle, Frankfurt/M., 11

cepcyjne i ekonomiczne są już wzg. będą jeszcze objaśnione. Dodatkowo na szczególną wzmiankę zasługuje rozwinięta w ostatnich latach zewnętrzna orientacja Eckardtsheim.

Obok rozbudowy rejonowego oddziału dziennego z ambulatorium stworzono w obszarze psychiatrii ogólnej chronione miejsce kontaktów dla pacjentów (klub), centrum dzienne, projekt dodatkowego zarobkowania z ofertami pracy o niskich kwalifikacjach, jak również osobne grupy mieszkaniowe. Współpracownicy są w coraz większym stopniu zorientowani na pracę ambulatoryjną, uzgodnienie punktów ciężkości w pracy z innymi oferentami i placówkami w rejonie następuje w trakcie konferencji regionalnej. Podobny rozwój zaistniał na innych polach niesienia pomocy, aż do oferty mieszkania otoczonego opieką ambulatoryjną dla osób upośledzonych umysłowo, pracy kulturalnej zorientowanej dzielnicowo i otwarcia „normalnego” klubu sportowego dla tej grupy osób.

Taki rozwój w instytucji nie odbywa się bez sprzeczności, ani nie daje się przedstawić jako gładka, prosta, dająca się zaplanować droga. Szczególnie aspekty ekonomiczne planowania wymagają szczególnej uwagi, uwzględniającej zawsze aktualny stan organizacyjny i koncepcyjny rozwoju instytucji.¹⁰

„Ukryte” rezerwy w instytucjach złożonych

W wielu wielkich instytucjach istnieją faktycznie problemy kierowania; mogą one zależeć od rozlanych struktur kierowania i komunikacji, są jednak powodowane również przez brak przejrzystości aspektów ekonomicznych, rzeczywiste przepływanie wartości i sam proces ich tworzenia. Wiele pytań pozostaje przy tym bez odpowiedzi:

- W jaki sposób uzyskujemy nasze istotne zyski?
- Jak/gdzie przydzielane są te zyski?
- Jak są dzielone nasze rezerwy: historycznie, analitycznie?
- Czy wszyscy, którzy wydają pieniądze, mają wyobrażenie kosztów, jakie powodują, wzg. budżetów, jakie mają do dyspozycji?
- Czy koszty są przypisywane przyczynowo, według klucza, czy też przypadkowo?
- Czy istnieją czarne kasy, „gadzie fundusze”, etc., z których dopływają i/lub są rozdzielane środki według pozornie przypadkowych kryteriów
- Czy utrzymywany jest przeważnie system kierowania nieformalnego?

Pytania te są tylko oznaką tego, że struktura i organizacja nie jest jasna i tym samym także niewyraźne pozostają kompetencje i indywidualna odpowiedzialność.

Gdzie są więc te ukryte rezerwy?

Pewien pracownik powiedział kiedyś do mnie: „Wolę 5000 DM do mojej dyspozycji, niż 10000 DM środków inwestycyjnych z ustalonego planu inwestycyjnego.”

Co było przedtem dodawane jako niezmiennie wielkości, czy to w zakresie kosztów materiałowych, czy osobowych, w momencie, kiedy powstanie co do tego przejrzystość, struktura i komunikacja, staje się wartościami, którymi można dysponować, które przedstawiają faktycznie w dużych instytucjach potencjał zdrowego rozsądku nie do przecenienia, jako środek do obniżania kosztów albo podwyższenia jakości pracy. Patrząc wstecz na konkretne doświadczenia lat 1993 do 1995 dostrzec tu można klucz, który uczynił procesy dehospitalizacji także z gospodarczego punktu widzenia wyobraźnymi, a nawet korzystnymi dla całości organizacji.

9 Vieten, B. (1993), Der lange Weg oder der kurze Dreh?, in: Ellebracht, H., Vieten, B. (Hrsg.), Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag, Dortmund, 81

10 Willke, H. (1994), Systemtheorie II: Interventionstheorie, Stuttgart, 75-76

* „gadzie fundusze” - określenie na Bismarckowskie fundusze do zwalczania tajnych wrogów państwa (gadów) przy współudziale skorumpowanych gazet, tajne fundusze dyspozycyjne (przyp. tłum.)

A zatem co w szczególności ustruktrowano i uczyniono przejrzystym?

Zasady struktur kierowania i komunikacji

W powołanej przez Gilead i radę kierowniczą grupie projektowej „Rozwój organizacyjny” - między półroczem 1992 a początkiem roku 1993 - wypracowano projekt nowych struktur kierowania i komunikacji, który po przedyskutowaniu ze współpracownikami na stanowiskach kierowniczych i z obszarami roboczymi, jak również służbami towarzyszącymi, mógł ostatecznie wejść w życie w połowie roku 1993. Poprzez zmianę struktury obszarów roboczych, określenie zadań kierownictw instytucji i wprowadzenie pośredniej płaszczyzny kierowania „kierownictw obszarów” wytyczono drogę przewodnią, zabezpieczającą zapoczątkowany rozwój i umożliwiającą rozszerzenie procesu restrukturyzacji na całą instytucję Eckardtsheim.

Zasady wypracowane dla instytucji Eckardtsheim, w brzmieniu objętym postanowieniem GL 37/1993 można streścić następująco:

- styl kierowniczy opierający się na kooperacji, przekonaniu i uczestnictwie współpracowników;
- równowaga w wyznaczaniu celów między godnością ludzką, jako podstawą diakonicznej oferty pomocy, społecznymi, terapeutycznymi, opiekuńczymi i pedagogicznymi aspektami udzielania pomocy, jak również zasadami ekonomii;
- orientacja różnych systemów pomocy na potrzeby rejonu;
- dopasowanie tradycyjnych zadań Eckardtsheim do zmieniających się społecznych, polityczno-zdrowotnych, jak również ekonomicznych i personalno-politycznych warunków ramowych;
- orientacja na indywidualną sytuację życiową ludzi wewnątrz i poza Eckardtsheim; oraz
- wyraźne wypracowanie profilu diakonicznego poszczególnych obszarów za-

daniowych Eckardtsheim na bazie „Zasad życia i pracy w vBAB”.

W zaprojektowanej w ten sposób zmianie strukturalnej uwalniały się pod odpowiedzialnym kierownictwem obszarów rezerwy diakoniczno-fachowe, osobowe i ekonomiczne umożliwiając skoncentrowany i celowo zorientowany dalszy rozwój obszarów roboczych.

Struktura obszarów poniżej płaszczyzny kierownictwa instytucji kształtowała się następująco:

- specjalistyczny szpital psychiatryczny
- obszar domów opieki, psychiatria ogólna, pomoc dla chorych chronicznie uzależnionych, geriatryka/gerontopsychiatria, pomoc dla niepełnosprawnych I i II
- pomoc wychowawcza
- pomoc społeczna
- obszar pracy
- obszar zakładów pracy
- Beckhof (od 1992 pod kierownictwem Eckardtsheim)
- wspólne służby i miejsca sztabowe.

Poszczególne obszary miały być urzędowo prowadzone przez kierownictwo obszaru, w obrębie GL wprowadzono przydział i odpowiedzialność za poszczególne obszary. Obszary miały za zadanie zaferowanie usług ludziom w rejonie, które należało rozwijać i optymalizować stosownie do potrzeb danej klienteli. Kierownictwa obszarów były odpowiedzialne personalnie i budżetowo, miały kształtować samodzielnie wewnętrzne i zewnętrzne zadania rozwojowe.

W ten sposób położony został kamień węgleiny pod strukturę zdecentralizowaną, w której należało dokonać integracji aspektów organizacyjnych, koncepcyjnych i ekonomicznych. Na poziomie kierownictwa instytucji pozostawała odpowiedzialność za koncepcje długoterminowe, jak również strategiczne decyzje personalne i inwestycyjne.

Problemy kierowania w procesie zmian

Dynamika zmian

Dynamika rozumiana w sensie fizycznym/mechanicznym jest częścią nauki o ruchu, która wywodzi proces ruchu z oddziaływania sił, tyle mówi na ten temat słownik Dudena.

Aby przybliżyć procesy zmian w długo istniejących instytucjach o 100-letniej tradycji i równie długiej samoświadomości, trzeba - możemy to sobie wyobrazić - znacznej siły. Bardziej obiecujące i sensowniejsze wydaje się nam jednak wywodzenie rozumienia złożonej wielkiej instytucji nie na bazie trywialnej maszyny. Koncepcje „zarządzania zmianami”, uwzględnienie zasad autoorganizacji, branie pod uwagę bardziej dostosowane do sprostania i kształtowania procesu zmiany w dłuższym okresie czasowym.¹¹

Jeśli stworzone zostaną te przesłanki, i jeżeli osoby odpowiedzialne w instytucji zostaną przekonane albo (w pewnych nielicznych przypadkach) wymienione, to otwiera się możliwość konkretnego dyskursu na temat dehospitalizacji z mieszkańcami i współpracownikami. Po chwilami bolesnym przewyciężeniu pierwszych oporów proces ulega przyspieszeniu, jak wynika z naszych doświadczeń po 9-12 miesiącach, osiągając wcześniej nieprzewidywalną prędkość.

Jest rzeczą zrozumiałą, że chodzi tutaj o proces ewolucyjny, który zawdzięczamy według naszego rozumienia również mieszkańcom i współpracownikom.

Ludzie udają się drogą, aby zdobywać przyszłość, drogi stają się widoczne i możliwe do przejścia. Ambitne pierwotnie plany merytoryczne i harmonogramy czasowe stają się za ciasne, bo jeszcze raz nie uzyskujemy zaplanowanych normatywów

dni opieki, wykorzystując konsekwentnie stworzone perspektywy i możliwości dla mieszkańców i współpracowników, to znaczy np. nagłe i szybko dochodzące do skutku zwolnienia osób udających się w rejony macierzystego zamieszkania.

Na początku procesu, w Eckardtsheim był tylko jeden albo dwa „domy do zredukowania”. „Ofiary kierownictwa” i „ROO (rest of the organisation)” sceptycznie i z ulgą, gdyż jeszcze je oszczędzono, celebrowały business as usual. „Niech robią, co chcą”. Klania się św. Florian: „Oszczędź mój dom, a zapal inny.”

W tym momencie opisana powyżej dynamika ludzi udających się w drogę doprowadza do nieoczekiwanych, zaskakujących efektów:

- dehospitalizacja dochodzi do skutku, przyspiesza się, zaraża, pozornie nie dotknięta część organizacji raptownie się zmienia
 - zmniejsza się w zależności liniowej ilość kosztownych stanowisk nadzoru (overhead) wraz ze zmniejszeniem się ilości łóżek, w miarę przeprowadzania zmian albo po osiągnięciu wielkości krytycznych zadania i funkcje całych działów służbowych stają pod znakiem zapytania
 - niegospodarne/niewłaściwe świadczenia albo tradycje zmieniają się pod znacznym naciskiem potrzeby zadośćuczynienia i zmiany
 - kwalifikacje współpracowników uzyskują nową wartość, profesjonalizacja rozbija ostatecznie tradycyjną zasadę komunalności, wiele osób w Eckardtsheim nie pojmowało tego jeszcze w trakcie ośmioletnich przeżyć i dyskusji.
- Ekonomia dehospitalizacji cierpi teraz pod mieczem Damoklesa tak zwanych kosztów stałych wzd. wielkości krytycznych. W sensie dynamiki obie siły oddają „instytucji przeznaczony do zredukowania” „resztę”, na ogół zaplanowaną znacznie wcześniej. Gdy bowiem ludzie pragną się z jednej strony zmieniać, a z drugiej zmia-

na ma sens ekonomiczny, nie ma co stawić oporów.

Budżetowe sterowanie rozwoju koncepcyjnego i procesów zmian

Planowanie w instytucjach psychospołecznych określonej wielkości i złożoności jest możliwe - w sensie jednowymiarowego zakładania celów i ich wdrażania - tylko w ograniczonym wymiarze. Zmieniające się w czasie struktury, postawy współpracowników, zmieniające się ekonomiczne i socjopolityczne warunki ramowe, jak również nie bez znaczenia osiągnięte etapy, wywierają znaczny wpływ na całość procesu zmian i jego dynamikę. Stąd też zaleca się jasne przedstawianie odcinków czasowych, a z drugiej strony aspektów szczegółowych - jak tutaj dysponowania budżetami - oraz ich dokładniejsze przestudiowanie.

Tak więc mechanizmy budżetowe kierują, takie są nasze doświadczenia w Eckardtsheim, procesem i jego prędkością w jednakowo ukierunkowanym interesie terapeutów i ekonomistów.

Jako zasady trzeba podkreślić:

- Organizacja jest przejrzysta i jednoznacznie zdefiniowana.
- Znamy bezpośrednie plany związane z etatami, jak również koszty osobowe i rzeczowe na miejscu.
- Znamy ponadto koszty wspólnych służb, administracji, nadzoru.
- Prawidłowo przyporządkowujemy dochody, dochody ze stawki opieki.
- W procesie uzgodnień cywilnych ustalony został całościowy rozwój organizacji i jej możliwości, jak również pozostających do dyspozycji rezerwy.
- W tak zwanych rozmowach budżetowych wypracowuje się wspólnie wynikające z zasad planowania liczby na rok następny, najpierw dla kosztów końcowych obszarów „posiadających łóżka”.
- Linearne zmniejszenie dni opieki analogiczne do redukcji łóżek.

- Linearne zmniejszenie kosztów osobowych i zróżnicowanych kosztów rzeczowych.

- Aktualizacja tak zwanych stałych kosztów rzeczowych.
- Linearne zmniejszanie budżetów na zaopatrywanie, utrzymywanie, szkolenie doskonalące, urlopy grupowe.

Te wypracowane wartości zostaną zapisane jako obowiązujący budżet roku przyszłego.

Następnie dostosowuje się wszystkie obszary nadzoru co do ich kosztów osobowych/ planu etatowego procentowo analogicznie do zmniejszenia ilości łóżek. Jeśli np. dni opieki zmniejszają się o 5%, koszt etatów nadzoru dopasowuje się o ten sam procent. Można sobie wyobrazić, że chodzi tutaj o sposób dopasowania, który nie przebiega bez tarć. Z drugiej strony właśnie w obszarze nadzoru można napotkać nie pozbawione znaczenia „ukryte rezerwy”.

Kierownictwo musi zachowywać się solidarnie i jednoznacznie wobec tych problemów i w okresie opracowywania budżetu, także wobec trudnych decyzji, które dotyczą np. administracji, kuchni, lekarzy, psychologów, tj. własnych fachowców, z którymi współpracowaliśmy codziennie. Jeżeli będzie tu dochodziło do wielowarstwowo uzasadnianych wyjątków, to cały proces będzie zagrożony.

W Eckardtsheim zgrupowaliśmy domy do redukcji w dwóch obszarach, mając na celu powiązanie ze sobą specyficznego know-how i osobistego impetu osób ponoszących odpowiedzialność. Okazało się to z jednej strony korzystne, z drugiej strony przy efektywnym kierowaniu obszarami powstaje nierównomierny rozdział ciężarów (dopasowanie, koszty stałe). Wychodząca poza obszary solidarność trudniej dochodzi do skutku („wszędzie jest nam ciężiej”). W chwili obecnej zajmujemy się wprowadzaniem i wypróbowywaniem dodatkowych mechanizmów, które pomogąby przewyciężać egoizmy obszarów i spora-

11 Vgl. Osterhold, G. (1996), a.a.O.

dyczne okresy braku równowagi z korzyścią dla innowacji i przynoszącego efekty rozwoju całości organizacji.

Proces kierowania

Wartości budżetowe opracowane w ramach planowania rocznego są klasycznymi wartościami średnimi wzg. rozumiane bywają jako wartości linearne, a my kierujemy się zasadą, że każdy miesiąc stanowi 1/12 dni opieki w budżecie wzg. 1/12 kosztów, które zaplanowaliśmy.

Zakładamy przy tym milcząco, że możliwości pozostają względnie stałe, a wartości przebiegu rozwijają się linearnie. Patrząc z punktu widzenia przeszłości są to dane prawie pewne.

W procesie współczesnego controllingu szybko zmieniających się środowisk, do kierowania wielkich lub małych organizacji nie wystarcza już tylko rzut oka w lustro wsteczne, tzn. kierowanie oparte na wartościach wynikających z danych przeszłych. Musimy również w odpowiednim czasie „spozstrzegać drzewa, do których się zbliżamy”, tj. stosować metody wczesnego rozpoznawania ukierunkowane na przyszłość. Jest rzeczą zrozumiałą, że w strukturze stabilnej od dziesięcioleci, jak właśnie instytucja długoterminowa, brakuje albo prawie brakuje odpowiedniej mentalności i skutecznych metod.

Proces dehospitalizacji wymaga doskonałej znajomości punktu wyjścia i punktu docelowego planowanego rozwoju w ciągu roku - od zróżnicowanych w skali miesięcznej przebiegów planów wyprowadzania się i przeprowadzania - jak również dostosowanych do konkretnej osoby planów rozwojowych.

Można sobie wyobrazić, ile potrzeba rozmów i dyskusji na temat detalicznego przebiegu miesiąca w roku budżetowym, obejmując ruchy wszystkich mieszkańców i współpracowników. Doświadczenie wskazuje, że można to przeprowadzić. Trzeba w każdym razie założyć znaczny nakład czasu i zaangażowania.

Tak więc planowanie nie powinno stać się zastępowaniem przypadku przez pomyłkę, jak twierdzą złośliwcy, tylko myślowym wytyczaniem przyszłego działania poprzez określanie prawdopodobieństwa faktów.

W procesie kierowania porównuje się zatem plany detaliczne z danymi faktycznymi, a jeśli te są inne, np. wcześniejsze od zaplanowanego wyprowadzenie się mieszkańców, włącza się odpowiednie środki w związku z planem etatowym. Wymaga się przy tym od całej instytucji znacznego stopnia elastyczności. Jeśli jest to już zawczasu potraktowane krytycznie wzg. odrzucane, to skuteczne kontrolowanie tego procesu jest raczej mało prawdopodobne.

Przy kierowaniu trzeba mieć w polu widzenia dwa efekty i stosownie do uzyskiwanych wyników pracować nad nimi. Po pierwsze współpracownicy mogą opuszczać instytucję dopiero po jej mieszkańcach, ponieważ chcemy i musimy utrzymać standard opieki. Prowadzi to do tak zwanej fali dziobowej kosztów osobowych, które wbrew założeniom planowania nie rozwijają się wprost liniowo wraz ze zmniejszaniem ilości miejsc. Natomiast usługi nie odnoszące się bezpośrednio do opieki nad mieszkańcami, jak sprzątanie domu, kierowanie, dozorcostwo, jak pokazują doświadczenia, mogą być dopasowane względnie liniowo do zmniejszania planu.

Drugi efekt, tak zwane koszty stałe za budynek, auto, odpisy inwestycyjne i koszty utrzymania, możemy zaplanować, ale obciążają one dodatkowo aż do ostatecznego zamknięcia instytucji rachunek końcowy. Oczekiwaliśmy tutaj pierwotnie pomocy ze strony płatników w tym całym procesie, gdyż chodzi o ograniczone czasowo i przejrzyste nieliniowe wzrosty kosztów, którym z drugiej strony towarzyszą znaczne oszczędności płatników dzięki redukcji miejsc. Mimo intensywnej dyskusji nie udało nam się uzyskać ich zaangażowania.

Co dzieje się z pustymi domami? Jest cały szereg możliwości wykorzystania nieruchomości i działań:

- wykorzystanie w nowych obszarach, np. instytucje rehabilitacyjne, instytucje typu ostrego i ambulatoryjnego
- wykorzystanie w zastępstwie innych domów, które potem zostaną sprzedane albo wyburzone
- wykorzystanie na pomieszczenia biurowe, które stają się dodatkowo potrzebne z powodu procesów decentralizacji i zróżnicowania
- wynajęcie albo dzierżawa, np. dla szkół albo przedszkoli
- wynajęcie albo dzierżawa jako pomieszczeń mieszkalnych po przebudowie
- sprzedaż, która jest z pewnością najlepszym rozwiązaniem, gdyż za jej sprawą napływają środki na dalszą restrukturyzację instytucji

Zawsze musimy zwracać na to uwagę, żeby w przypadkach, w których nie możemy uzyskać za pomocą budynków żadnych dodatkowych wpływów, poczynić w innych miejscach dodatkowe oszczędności. W przeciwnym razie trwale pogarszamy naszą sytuację finansową, a przez to naszą konkurencyjność.

Zagrożenia i radzenie sobie z konfliktami

Jedno z pewnością stało się jasne: dehospitalizacja jest bardzo złożonym procesem, który wstrząsa do gruntu uczestniczącymi w nim, czasem aż do granic wytrzymałości, a może niekiedy nawet wykraczając poza nie.

W związku z tym chciałbym poruszyć dwa aspekty:

Kierownictwo musi utrzymać kurs, a to chwilami bezkompromisowe zdecydowanie musi być również wyraźnie komunikowane w całej organizacji. Na różne sytuacje musimy reagować elastycznie. Jedno tylko nie może się zdarzyć: różne i przeciwstawne sygnały z poziomu kierowniczego. Dotknęci życiowo mieszkańcy i współpra-

cownicy mają prawo do jasnej linii, dwuznaczności powstrzymują proces i mogą prowadzić do wzbudzenia znacznych oporów i zaniechania.

Dalszy aspekt, który powinien być wyjaśniony właściwie na początku całej drogi, często nie jest w ogóle świadomie przeprowadzany.

Osoby odpowiedzialne, które podejmują to złożone zadanie i kierują procesem, podejmują wraz z nim ryzyko dla dobra całej organizacji. Jeżeli zdarzy się faktycznie przypadek ryzyka, tzn. koszty wykraczać ponad plan, wpływy pozostaną poniżej wartości oczekiwanych, współpracownicy spróbują wywołać powstanie, mieszkańcy nie potrafią zdać się na otwierane przed nimi perspektywy, czy istnieje wówczas skuteczny mechanizm radzenia sobie z ryzykiem? Czy też organizacja odegra rytuał przypisywania winy i dystansowania się?

Dlatego konieczne jest zawczasu uzgodnienie procedur i technik wczesnego rozpoznawania ryzyka oraz przepracowywania ryzyka i stworzenie osobom działającym bezpiecześnie na podejmowanej drodze wobec oczekiwanych reakcji i równoczesne oślanianie ich odwołów przy podejmowanym zadaniu.

Każdy powinien sobie uświadomić, że również nie robienie niczego - a z punktu widzenia koncepcji współczesnych dotyczy to z pewnością złożonych instytucji długoterminowych - przynosi w efekcie znaczne ryzyko.

Podsumowanie

Gdzie znajdujemy się pod koniec roku 1995? Stały proces restrukturyzacji i dalszej redukcji miejsc z pewnością nie jest jeszcze zakończony. Z pewnością za sprawą dzisiejszego rozumienia pracy, rozwiniętych struktur, jak również uzgodnień aspektów ekonomicznych tego rozwoju została wytyczona baza, na której można budować cele cząstkowe i kontynuować

drogę. Bódźce z zewnątrz - jak zalecenia BSHG albo SGB V w sprawie zabezpieczenia jakości - będą wzbogacać rozwój i popychać go do przodu. Najważniejszym zadaniem pozostaje wciągnięcie w ten proces szerokiego kręgu współpracowników i przesycenie pracy ideą zapewnienia i dalszego rozwijania jakości - w odniesie-

niu do struktur, koncepcji i - wcale nie na samym końcu - codziennych działań współpracowników.

Mamy nadzieję, że udało się nam przekazać wrażenie, że wytyczona droga nie jest zbyt kamienista, i że jest ona konieczna i opłacalna w interesie objętych opieką pacjentów.

REGINE PRUNZEL

Vom Umgang mit den Programmen der Europäischen Union*

Die Autorin hat im Lambertus Verlag gemeinsam mit Ute Müller „Soziales Europa - Handbuch der EU-Förderinstrumente“, veröffentlicht, das die wesentlichen, für die Kommunen relevanten Förderprogramme, Antragsvoraussetzungen und eine Vielzahl von Adressen unter dem Schwerpunkt „Soziales“ enthält. Die Programme der Europäischen Gemeinschaft, verstanden im weitesten Sinne (Gemeinschaftsinitiativen, Aktionsprogramme, Netzwerke, Pilotprojekte, Haushaltslinien etc.) sind vielfältig und können besonders für Kommunen unter dem stärker werdenden Druck knapper Haushaltsmittel von großem Interesse sein. Leider muß man beim Umgang mit Programmen immer wieder feststellen, daß Unsicherheit, Verwirrung und Unkenntnis vorherrschen, die oft dazu führen, daß sich erst gar nicht an die Antragstellung herangewagt wird. Dabei kann die Befassung mit den Fördermitteln der Gemeinschaft durchaus lohnend sein und führt oftmals zu interessanten Kooperationen mit Kommunen aus anderen Mitgliedstaaten und zu Projekten, die Modellcharakter auch für andere Städte und Gemeinden in der Gemeinschaft haben können.

Es gibt kein Patentrezept für die Antragstellung, denn selten ist ein Programm wie das andere. So gelten für die Strukturfonds oder Gemeinschaftsinitiativen gänzlich andere Regeln als für Pilotprojekte oder Aktionsprogramme. Dennoch gibt es einige allgemein gültige Grundsätze, deren Beachtung den Umgang mit der Antragstellung erheblich erleichtern können.

Grundvoraussetzung ist auf jeden Fall, daß man sich vorab genau informiert und während der gesamten Antragstellung den Antrag aktiv begleitet.

Also:

Haben Sie keine Angst vor EG-Programmen

- Es ist zunächst wie bei allen Anträgen - man muß sich einlesen.
- Ungewöhnliche oder schwer verständliche Formulierungen sollen Sie nicht abschrecken. Sie resultieren zum Teil aus der Notwendigkeit, Begriffe zu finden, die in allen Mitgliedstaaten verstanden und akzeptiert werden und deshalb nach deutschem Verständnis manchmal etwas ungenau sind. Oft sind die Mißverständnisse auch nur durch mangelhafte Übersetzung aus dem französischen oder englischen Original bedingt.

* Vortrag gehalten auf VII. Symposium der DPGSG e. V., Popowo, Oktober 1997