

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Duveneck, Nicole

"Ich hab mich jetzt so abgefunden. Muss ich ja...". Das Leben psychisch kranker Menschen im Wohnheim

Book, Book chapter as: submitted version (Preprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3463>

Publication date of this document: 14/11/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Nicole Duveneck, 2010, „Ich hab mich jetzt so abgefunden. Muss ich ja...“. Das Leben psychisch kranker Menschen im Wohnheim, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/188013>. (ISBN: 978-3656115915)

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

Diese Publikation wurde als Diplomarbeit am Fachbereich 11 der Universität Bremen eingereicht und nach erfolgreichem Abschluss im GRIN Verlag erstveröffentlicht (Angaben zur empfohlenen Zitation siehe oben).

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um die Zweitveröffentlichung der ursprünglichen Manuskriptfassung.

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften
Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“

Diplomarbeit

„Ich hab mich jetzt so abgefunden. Muss ich ja...“

Das Leben psychisch kranker Menschen im Wohnheim

Vorgelegt von: Nicole Duveneck

Bremen, den 31. Mai 2010

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Psychiatrische Versorgung	5
1.1 Die Psychiatriereform – ein historischer Abriss	6
1.2 Heutige Versorgungsstrukturen.....	9
1.3 Hilfen im Bereich Wohnen	14
1.4 Kritik	17
1.5 Zusammenfassung	19
2. Theoretischer Bezugsrahmen.....	21
2.1 Das Konzept der totalen Institution.....	22
2.1.1 Begriffsbestimmung	23
2.1.2 Macht und Strategien der Anpassung.....	24
2.1.3 Kritik	28
2.2 Fremdwerden der eigenen Biographie	32
2.2.1 Prozesse des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens.....	35
2.2.2 Dimensionen der Verlusterfahrungen	37
2.3 Zusammenfassung	42
3. Entwicklungs- und Forschungsstand	43
4. Methodologische Grundannahmen der Untersuchung	48

5.	Durchführung der Untersuchung.....	50
5.1	Ethische Überlegungen	50
5.2	Datenerhebung	51
5.3	Feldzugang und Sample	53
5.4	Datenauswertung.....	55
6.	Ergebnisse	57
6.1	Positive Lebenserfahrungen	57
6.2	Negative Lebenserfahrungen.....	58
6.3	Erkrankungen	60
6.4	Folgen der psychischen Erkrankung	60
6.5	Einfluss psychiatrischer Behandlung	62
6.6	Autonomie.....	63
6.7	Fremdbestimmung.....	65
6.8	Privatsphäre	70
6.9	Folgen des institutionellen Wohnens	71
6.10	Hilfen.....	73
6.11	Zufriedenheit	73
6.12	Resignation.....	74
6.13	Veränderungswünsche im Wohnheim	74
6.14	Wünsche und konkrete Pläne für die Zukunft.....	75
7.	Diskussion	77
8.	Schlussfolgerungen für eine professionelle pflegerische Handlungskompetenz.....	85

9.	Ausblick.....	94
10.	Literatur.....	96
	Danksagung.....	110
	Materialanhang	111

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Psychiatrische Versorgungseinrichtungen.....	10
Tabelle 1: Merkmale von Behandlung, Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen.....	12
Tabelle 2: Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen.....	14
Tabelle 3: Transkriptionskonventionen	55

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
et al.	et alii
evtl.	eventuell
f.	folgend
ff.	folgende
ggf.	gegebenenfalls
Kap.	Kapitel
m.E.	mit Einschränkungen
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.T.	zum Teil
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

Seit 1975 die so genannte Psychiatrie-Enquete-Kommission mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ den entscheidenden Impuls gab, hat die psychiatrische Landschaft in Deutschland viele Veränderungen erfahren. Eine große Anzahl psychisch kranker und behinderter Menschen lebte zu dieser Zeit noch in stationären Einrichtungen unter inhumanen Bedingungen. Bereits die umfassende Studie zur Lebenssituation psychisch kranker Menschen in der Anstalt von Erving Goffman (1973) führte zu der Erkenntnis, dass die bestehende Versorgung nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Als wichtigsten Faktor definierte Goffman nicht die Krankheit, die Patientinnen und Patienten prägt, sondern die Institution. Er identifizierte psychiatrische Anstalten als „totale Institutionen“¹ (vgl. Sauter 2006a, 153f.), die mit ihrer sozialen Organisation eine völlige Auflösung von biographischen Konstruktionen anstreben (vgl. Sander 2008, 418).

Neben der Forderung der Psychiatrie-Enquete nach der menschenwürdigen Behandlung psychisch kranker Menschen wurde ebenfalls der Aufbau einer gemeindenahen, bedarfsgerechten Versorgung mit dem Schwerpunkt auf ambulanten Angeboten postuliert (vgl. Deutscher Bundestag 1975, 16f.; Vock et al. 2007a, 24). Hiermit ging die Verkleinerung der Langzeitbereiche der Kliniken sowie die Rückführung der dort lebenden chronisch psychisch kranken Menschen – der so genannten Langzeitpatienten – in gemeindenahe Wohnformen einher. Dieser Aspekt wird zumeist unter dem Begriff Enthospitalisierung diskutiert. Im Rahmen der Verringerung der Platzzahlen in den großen Anstalten wurden mittlerweile ca. 100.000 Menschen in Heime unterschiedlicher Art und Größe verlegt (vgl. Steinhart 2001, 100).

In der Bundesrepublik Deutschland wird seither eine Reform des psychiatrischen Versorgungssystems verfolgt, die als Ideal die gemeindenahe Versorgung hat. Angestrebt werden personen- und lebensfeldzentrierte Ansätze in der psychiatrischen Versorgung (vgl. Konrad et al. 2006, 12; Kunze 2001, 52). Trotz dieses großen Zeitraums und den Veränderungen, die die Psychiatriereform bewirkt hat, haben sich diese gemeindenahen Strukturen nicht überall flächendeckend durchgesetzt. Im engen Zusammenhang mit der Enthospitalisierung stellen sich die Defizite der ambulanten Versorgung kritisch dar. Nur mit entsprechend vorgehaltenen ambulanten Hilfsangeboten lässt sich die Enthospitalisierung

¹ nähere Erläuterungen zum Konzept der totalen Institution sowie deren Begriffsbestimmung siehe Kap. 2.1

realisieren. Betrachtet man das Verhältnis von Wohnmöglichkeiten in der Gemeinde, dominiert klar das Angebot von Wohnheimplätzen gegenüber denen des betreuten Wohnens (vgl. Bramesfeld 2003, 262). Vollstationäre Unterbringung in Heimen sorgt daher nicht nur für die Gruppe der Langzeitpatientinnen und -patienten², denn es ziehen weiterhin „neue“ chronisch psychisch kranke Menschen ein. Das heutige gemeindepsychiatrische Ziel, auch Menschen mit chronisch rezidivierenden psychischen Erkrankungen zu befähigen, selbstbestimmt und normal im eigenen Lebensfeld zurechtzukommen, statt sie in Einrichtungen zu institutionalisieren, scheint mit den genannten Voraussetzungen in weite Ferne zu rücken. Trotz der Grundsätze der Psychiatriereform wird die vollstationäre Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen bis heute als eine Möglichkeit des Hilfsangebotes genutzt und der Enthospitalisierungsprozess kann somit nicht als abgeschlossen gelten.

Das Untersuchungsfeld ergibt sich aus dieser Versorgungsstruktur. Die Wohnung und Umgebung spielt im Leben jedes Menschen eine bedeutende Rolle, so auch für chronisch psychisch kranke Menschen. Mit dem Lebensbereich Wohnen ist besonders die Bedürfnisbefriedigung von Schutz, Privatheit, Vertrautheit, Kontinuität und Zugehörigkeit verknüpft (vgl. Kunze 2001, 52). Heimversorgung steht im Gegensatz hierzu immer noch für Rigidität, Anpassung und Einheitlichkeit (vgl. Konrad et al. 2006, 12). Bis heute sind diese Attribute mit den Anstalten des vorherigen Jahrhunderts verknüpft, das Anstaltsparadigma besteht m.E. für Heime fort. Mit der Aufnahme in ein Heim gehen die im eigenen Lebensfeld vorhandenen Kontakte, Beziehungen, Aufgaben, Unterstützungen und Alltagsaktivitäten verloren. Die Eingliederung in eine stationäre Wohneinrichtung macht durch die Anpassung an die dort vorgegebenen Lebensbedingungen abhängig von der Institution. Zwar ist der Komplementärbereich mit dem differenzierten System von institutionell gestuften Hilfen zweifellos ein großer Fortschritt im Vergleich zur Anstaltspsychiatrie, allerdings bleibt das psychiatrische Hilfesystem durch z.B. unterschiedliche Finanzierungs- und Organisationsformen undurchlässig und fragmentiert. Die Entkoppelung von Wohnen und interdisziplinärer Hilfe führt auf diese Weise zu fremdbestimmten Beziehungsabbrüchen und Entwurzelungen der Menschen. Je länger der Aufenthalt in einer Einrichtung dauert, umso mehr wird die Person aus ihrem eigenen natürlichen Lebensfeld ausgegliedert und das Leben in der Einrichtung entwickelt sich zum eigentlichen Mittelpunkt. Der Auszug aus einem Heim

² Unter Langzeitpatientinnen und -patienten versteht man die Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen, die in den Langzeitbereichen der (Landes-)Krankenhäuser lebten und dort hospitalisiert wurden.

wird für die psychisch kranken Menschen z.T. unvorstellbar und ist mit Ängsten verbunden. Die Bewohner/innen haben keine praktische Erfahrung mit dem Lebensfeld und dessen Schwierigkeiten außerhalb der Einrichtung. Damit wird der Nutzen der stationären Wohneinrichtungen generell in Frage gestellt, denn die (Entwicklungs-) Fortschritte der Bewohner/innen bleiben an das künstliche Lebensfeld Institution gebunden und sind nicht generalisierbar (vgl. Kunze 2001, 49f.).

Bezogen auf das Leben psychisch kranker Menschen in Wohnheimen spielt die Wechselwirkung von Individuum und Institution eine herausragende Rolle. Die Lebensgeschichten finden in der Auseinandersetzung mit den institutionellen Lebensumständen statt. In und durch die Rahmenbedingungen, in denen Menschen leben, entsteht Individualität. Institutionen schaffen dabei die Selbstverständlichkeiten einer Gesellschaft, ordnen das Alltägliche und ermöglichen Routinen. Sie definieren zugleich aber auch Situationen machtvoll. Das Leben ist begleitet von der biographischen Herausforderung, eine Passung zu den institutionellen Rahmen herzustellen. Je weniger das Biographische darin vorgesehen ist – wie in der von Goffman untersuchten psychiatrischen Anstalt – oder je weniger es selbst erbracht werden kann, desto herausfordernder bzw. unmöglich ist dieses (vgl. Alheit/Hanses 2004, 8; Sander 2008, 418).

Im Vergleich zur Anfangsära qualitativer Forschung, wo Analysen der Biographie psychisch kranker Menschen (siehe Riemann 1987), Untersuchungen zum Alltag und zur sozialen Organisation versorgender Einrichtungen sowie deren Auswirkungen auf die in ihr lebenden Personen (siehe Fengler/Fengler 1994) eine hohe Bedeutung hatten, ist in der Pflegeforschung bislang die Situation psychisch kranker Menschen relativ dethematisiert (vgl. Schaeffer 2002, 16ff.). Demzufolge ist die subjektive Sicht chronisch psychisch kranker Menschen auf ihr Leben in einer vollstationären Wohneinrichtung Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit. Unter diesem Aspekt soll der Alltag, der biographische Werdegang und der Einfluss der Institution Heim auf die Persönlichkeit psychisch kranker Menschen im Rahmen einer qualitativen Studie näher beleuchtet werden. Auf Grundlage der vorherigen Überlegungen kristallisieren sich folgende Fragestellungen heraus:

- Welchen Einflüssen und Einschränkungen unterliegen psychisch kranke Menschen, die in einem Wohnheim leben?
- Welche Auswirkungen haben die institutionellen Lebensbedingungen auf die Persönlichkeit psychisch kranker Menschen?

Ziel ist es, einen Beitrag zum Verständnis des Einflusses institutioneller Bedingungen, unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der Pflegenden, auf die Persönlichkeit psychisch kranker Menschen zu leisten. Für die Beantwortung der Forschungsfragen umfasst die vorliegende Arbeit folgende Arbeitsschwerpunkte:

In einem einführenden Kapitel wird die Entwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen unter besonderer Berücksichtigung der Hilfsangebote im Bereich Wohnen vorangestellt, da die Einbettung jeder Institution in die Gesamtgesellschaft nicht unbeachtet bleiben darf. Im folgenden Kapitel wird dann der theoretische Bezugsrahmen gespannt, der als Leitfaden für die nachfolgende Untersuchung dient. Dieser orientiert sich einerseits an dem soziologischen Konzept der „totalen Institution“ von Erving Goffman (Kap. 2.1) und andererseits an der Studie „Fremdwerden der eigenen Biographie“ von Gerhard Riemann (Kap. 2.2). In Kapitel 3 werden die relevanten Forschungsergebnisse in Bezug auf die Lebenswelt Heim dargestellt. Besonders finden hier die Erträge der psychiatrischen Forschung, die die subjektive Perspektive psychisch kranker Menschen bzw. das Leben in stationären Wohneinrichtungen analysieren, Beachtung. Aus dem derzeitigen Forschungsstand ergeben sich methodologische Vorüberlegungen zu dieser Studie, deren Grundannahmen im vierten Kapitel dargelegt werden. Auf dessen Grundlage folgt dann die Darstellung der Untersuchungsdurchführung (Kap. 5), wobei ethische Erwägungen, Feldzugang, Sample sowie die Methoden der Datenerhebung und -auswertung erörtert werden. Im siebten Kapitel werden die zuvor geschilderten Ergebnisse (Kap. 6) innerhalb des eingangs gespannten theoretischen Bezugsrahmens diskutiert, um anschließend Schlussfolgerungen auf eine professionelle pflegerische Handlungskompetenz zu ziehen (Kap. 8). Ein Ausblick bildet den Abschluss der Arbeit.

1. Psychiatrische Versorgung

In Deutschland besteht seit vielen Jahrzehnten zur Behandlung körperlicher Krankheiten und deren Folgen ein umfangreiches, differenziertes Gesundheitssystem (vgl. Finzen 1988, 13). Nicht immer galt dies auch für psychische Erkrankungen. Vor der Psychiatriereform in den siebziger Jahren war die psychiatrische Versorgung³ zentralisiert; psychisch kranke Menschen wurden zumeist in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht. Durch den entscheidenden Impuls der Psychiatrie-Enquete-Kommission veränderte sich die psychiatrische Versorgungslandschaft. Unter dem Gesichtspunkt einer gemeindenahen Psychiatrie kam es zur Auflösung bzw. Verkleinerung der Landeskrankenhäuser und Schaffung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. Der Paradigmenwechsel von der verwahrenden zur therapeutischen Psychiatrie führte auch jenseits der Klinik zur Entwicklung eines vielfältigen Netzes ambulanter und teilstationärer Dienste. Das psychiatrische Krankenhaus ist heute ein Ort der Behandlung für psychisch kranke Menschen, kein Wohnort für seelisch Behinderte mehr und leistet nur noch einen kleinen Teil der Versorgung (vgl. Finzen 1988, 11f.; Sauter 2006b, 167).

Der Begriff „psychiatrische Versorgung“ umfasst das gesamte Angebot an Hilfen für psychisch kranke Menschen sowie dessen Koordination (vgl. Sauter 2006b, 167). Aufgrund des jeweils unterschiedlichen Hilfebedarfs psychisch kranker Menschen stützt sie sich

„auf ein komplexes System differenzierter Einrichtungen und Dienste (...), auf verhältnismäßig kleine klinische Abteilungen, auf Tageskliniken, Übergangs- und Dauerwohnheime, beschützende Wohngemeinschaften, vielfältige ambulante Dienste, Angehörigen- und Selbsthilfeorganisationen und auf das soziale Netzwerk der Gemeinschaft der Gesunden in Nachbarschaft und Gemeinde“ (Finzen 1988, 11).

Mit Schwerpunktsetzung auf die Psychiatriereform der siebziger Jahre werden nun zu Beginn die Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung in Deutschland aufgezeigt und im Anschluss die heutigen Versorgungsstrukturen erläutert. Zur Verortung der vollstationären Wohneinrichtungen im Gesamtsystem wird das komplexe Netz der psychiatrischen Versorgungsstrukturen kurz skizziert. Ausführlich wird dann Bezug auf die vollstationären Wohneinrichtungen genommen, die im Fokus der vorliegenden Untersuchung liegen. Die

³ In der Literatur wird der Begriff Versorgung für problematisch erachtet, weil er den Hilfeempfängerinnen und -empfängern eine passive Rolle zuschreibt (siehe Sauter 2006b, 168). Da aber sowohl in der fachlichen als auch in der öffentlich-politischen Diskussion ausschließlich mit diesem Begriff gearbeitet wird, wird er dennoch im Folgenden verwendet.

unterschiedlichen Angebote werden differenziert, deren Grundlagen im Sozialrecht dargestellt und zu anderen Hilfen im Bereich Wohnen kontrastiert.

1.1 Die Psychiatriereform – ein historischer Abriss

In der Rekonstruktionsphase nach dem Zweiten Weltkrieg war die psychiatrische Versorgung in Deutschland⁴ zunächst kein gesellschaftspolitisches Thema. Weder die Psychiatrie noch die Sozialpolitik griffen es auf. Trotz oder wegen ihrer Rolle im Nationalsozialismus ging die Psychiatrie in Deckung und verweigerte sich der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Nürnberger Ärzteprozesse. Sozialpolitisch standen in der Nachkriegszeit ohnehin Themen wie Kriegsopferversorgung, Lastenausgleich, Integration der Flüchtlinge und die Rentenreform im Vordergrund (vgl. Kardorff 2007, 300f.). Die alten Institutionen der psychiatrischen Versorgung wurden wieder aufgebaut und neue Impulse blieben aus. So lag die psychiatrische Versorgung fast ausschließlich in den Händen der psychiatrischen Landeskrankenhäuser und von therapeutisch unzureichend ausgestatteten Pflegeheimen. Zur Zeit ihrer Gründung waren die großen psychiatrischen Krankenhäuser in ihrer Struktur ein Abbild der damaligen Agrar- und Handwerksgesellschaft. Auf diese Weise entsprachen sie anfangs einer der wesentlichen Forderungen der Sozialpsychiatrie⁵: Sie konnten mit Hilfe der angeschlossenen Handwerks- und Landwirtschaftsbetriebe eine Arbeitstherapie anbieten. Mit den Versuchen, den Tagesablauf ihrer Patientinnen und Patienten zu strukturieren und das Krankenhausmilieu zu gestalten, waren sie durchaus sozialtherapeutisch orientiert (vgl. Finzen 1988, 23).

Unter dem Blickwinkel, dass der damalige Stand der Psychiatrie keine Behandlungsmethoden erlaubte, die innerhalb kurzer Fristen entscheidende Erfolge versprachen, konnte die Verwahrung psychisch kranker Menschen in diesen Anstalten einen positiven Aspekt gewinnen. Sie bewahrte die Betroffenen vor Schaden und schützte sie vor den Ansprüchen der Gesellschaft draußen, denen sie nicht gewachsen waren. Zugleich aber entlastete sie natürlich auch die Gesellschaft (vgl. Finzen 1988, 23f.).

⁴ Aus Gründen des Umfangs und des gewählten Untersuchungsgegenstands wird in dieser Arbeit bis zum Jahr 1990 ausschließlich Bezug auf die Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland genommen und die der Deutschen Demokratischen Republik vernachlässigt.

⁵ Die Sozialpsychiatrie ging wie die Antipsychiatrie aus der Kritik der psychiatrischen Praxis hervor, wobei beide Bewegungen unterschiedliche Vorstellungen bzgl. der Reformen hatten. In Abgrenzung zur Antipsychiatrie, die die Auflösung der Psychiatrie präferiert, hat die Sozialpsychiatrie einen reformierenden Anspruch (vgl. Sauter 2006a, 154f.). Sie ist „derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen ein“ (Ciompi 1995, 205).

Durch die Veränderungen der Gesellschaft wie auch des Wissensstandes der Psychiatrie verlangten die gleichen Kriterien, die zuvor das psychiatrische Großkrankenhaus als adäquate Institution zur Behandlung erscheinen ließen, bereits seit dem Kriegsende eine Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie. Dem Wandel der psychiatrischen Versorgung waren die vorhandenen Großkrankenhäuser von ihrer Struktur her nicht gewachsen. Deren abgelegene Lage, bauliche Veralterung, unübersehbare Größe und Überfüllung sowie der Mangel an qualifiziertem Personal führte zu unververtretbaren, teilweise menschenunwürdigen Zuständen (vgl. Finzen 1988, 24f.).

In Deutschland geriet die Lage der psychisch kranken Menschen erst spät in den Blick der Öffentlichkeit. Lange blieb die Diskussion um die Notwendigkeit einer Psychiatriereform eine innerpsychiatrische Angelegenheit. Vielfache Bemühungen, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren, schlugen fehl und das politische Echo blieb aus (vgl. Finzen 1988, 23). Ausschlaggebend für die Wandlung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen war die Psychiatrie-Enquete-Kommission. 1971 beauftragte der Deutsche Bundestag den Minister für Jugend, Familie und Gesundheit eine „Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ zu berufen (vgl. Finzen 1988, 32). Im gleichen Jahr nahm diese ihre Arbeit auf und legte zwei Jahre später einen ersten Zwischenbericht vor. Sie stellte fest, „daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ (Deutscher Bundestag 1973, 23) leben muss. Die angemessene Befriedigung humaner Grundbedürfnisse in den psychiatrischen Einrichtungen war nicht gewährleistet. Die zum Teil menschenunwürdigen Lebensverhältnisse in den Krankenhäusern waren von Bedeutung, da die meisten der psychiatrischen Patientinnen und Patienten immer noch in ihnen eingeschlossen und etwa zwei Drittel der Betten nicht vorübergehend, sondern von chronisch psychisch kranken Menschen jahrelang, manchmal jahrzehntelang belegt waren. Der einzige Lebensbereich dieser Patientinnen und Patienten war das psychiatrische Krankenhaus (vgl. Finzen 1988, 33).

Priorität der Forderungen lag auf der Beseitigung der groben inhumanen Missstände vor jeder Neuordnung der Versorgung psychisch kranker Menschen (vgl. Deutscher Bundestag 1975, 408). Bereits in dem Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete-Kommission und viel dezidierter im Endbericht befinden sich darüber hinausweisende Elemente, die den Charakter einer weiterzuführenden Psychiatriereform offenbaren.

Die Ziele der Psychiatriereform lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Aufbau einer bedarfsgerechten, umfassenden Versorgung
- Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht
- bedarfsgerechte Koordination und Zusammenarbeit aller Versorgungssysteme (vgl. Bauer/Berger 1998, 617; Rössler 1996, 13)

Im Jahr 1988 nahm der Bericht der Expertenkommission des Deutschen Bundestages die Inhalte der Psychiatrie-Enquete auf und schrieb die Reformnotwendigkeit konkret weiter fort:

„Hiernach sollte die psychiatrische Versorgung aus der Domäne der stationären (Langzeit-)Behandlung in Krankenhäusern und Heimen in eine alle denkbaren Hilfsangebote organisierende und bündelnde gemeindefähige und sozialpsychiatrisch ausgerichtete Versorgungsstruktur überführt werden, wobei vor allem ambulante und komplementäre sowie teilstationäre Angebote (voll)stationäre Einweisungen und Behandlungen auf das unbedingt notwendige Maß zurückführen sollten“ (Vock et al. 2007a, 24).

Es kristallisieren sich zwei der bis heute geltenden Grundsätze der psychiatrischen Versorgung heraus: (1) ambulant vor stationär und (2) wohnortnah. Eng verknüpft mit diesem Reformprozess ist der Begriff der Enthospitalisierung. Hierunter fallen die Entwicklung von alternativen Hilfsangeboten zur Hospitalisierung und die Veränderung der Lebensbedingungen von Langzeitpatientinnen und -patienten durch die Verkleinerung der bestehenden Langzeitbereiche der Kliniken für chronisch psychisch kranke Menschen. Die dort lebenden Menschen sollten in gemeindefähige Betreuungsformen zurückgeführt werden.

Im Jahr 1988 notierte der Bericht der Expertenkommission bereits selbstkritisch:

„So wurden zum einen Langzeitpatienten in großem Umfang in Heime verlegt, wodurch sich zwar die Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern verringerte, die Situation der betroffenen Kranken und Behinderten aber nicht verbesserte, teilweise sogar verschlechterte, da bei der Auswahl von Langzeitheimen häufig nicht ausreichend auf eine gute Qualität der Unterbringung und Versorgung geachtet und noch weniger auf das Postulat der Gemeindefähigkeit Rücksicht genommen wurde“ (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, 622).

Trotz der mittlerweile vergangenen Zeit haben die wichtigsten Reformziele, die sich im Enquetebericht wieder finden, nicht an Aktualität und Gültigkeit verloren. Dies zeigt sich thematisch in der neueren Fachliteratur (z.B. Aktion Psychisch Kranke 2001; Bramesfeld 2003). Meint Gemeindepsychiatrie mehr als wohnortnahe Behandlung und Betreuung, geht es um gesellschaftliche Teilhabe, gleiche Chancen sowie Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft aller Bürger, kann die Psychiatriereform besonders im Hinblick auf die stationäre Versorgung und die Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen nicht als abgeschlossen gelten (vgl. Bramesfeld 2003, 256; Wienberg 2008, 6).

1.2 Heutige Versorgungsstrukturen

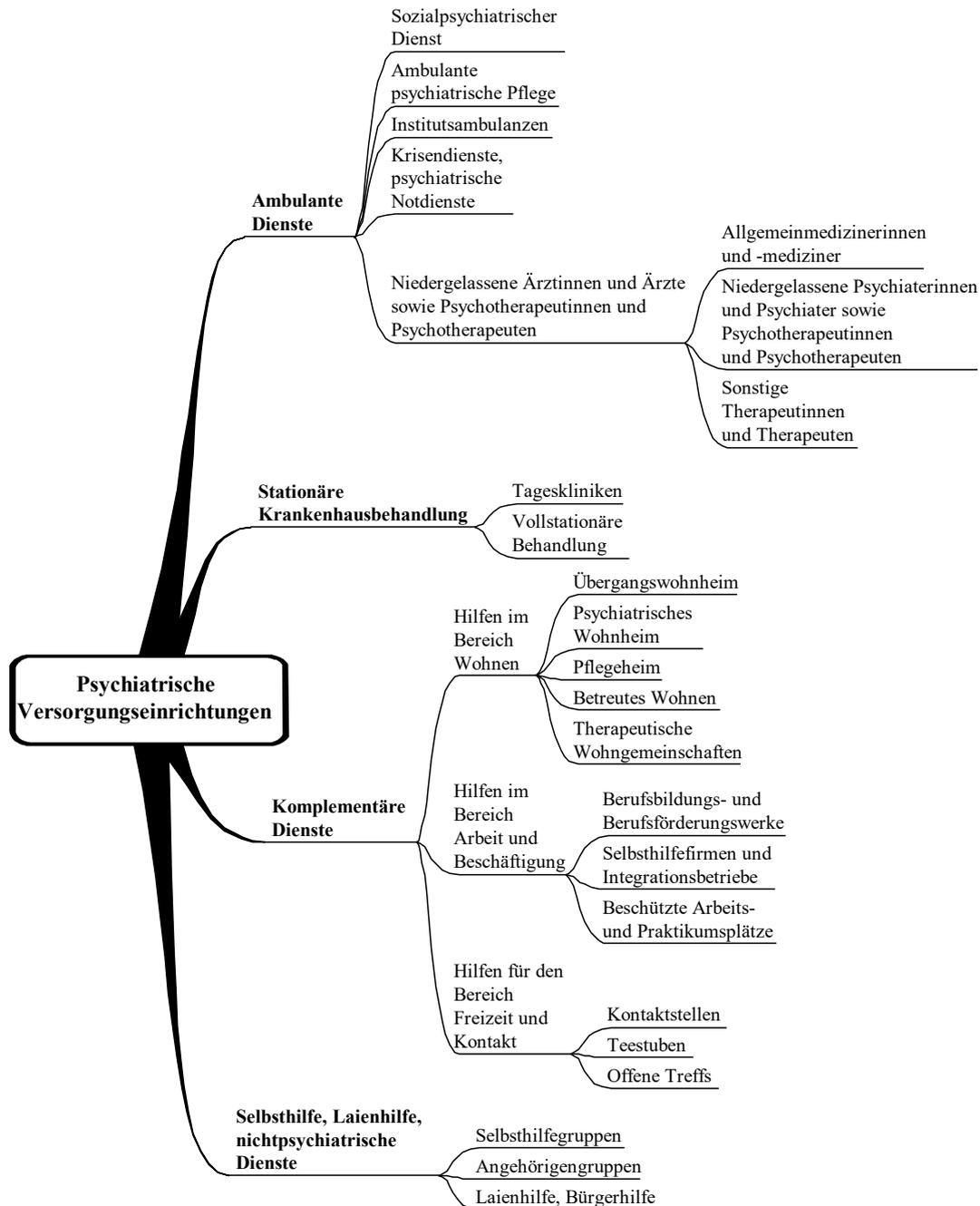
In der Gestaltung des Lebensalltags und des sozialen Gefüges sowie im Ausfüllen sozialer Rollen können psychische Erkrankungen eine Beeinträchtigung bewirken. Das Angebot angemessener und umfassender Hilfen für jede/n Betroffene/n zur Ermöglichung eines möglichst hohen Maßes an Lebensqualität ist das Ziel der psychiatrischen Versorgung. Die/der Betroffene soll trotz Krankheit oder Behinderung in seinem sozialen Umfeld bleiben können und einen weitgehend normalen Lebensalltag haben (vgl. Sauter 2006b, 167f.). Mit dieser Zielsetzung wird eine einrichtungsunabhängige Perspektive für eine bedarfsgerechte Versorgung verfolgt. Der Aspekt stellt eine Hinwendung zum funktionalen Ansatz dar, der bereits seit Jahrzehnten in der angelsächsischen Versorgungsforschung verankert ist. Die Person wird in das Zentrum des Versorgungssystems gestellt, auf die sich funktional definierte Hilfsangebote richten. In Deutschland stand dieser Ansatz lange dem traditionellen institutionszentrierten gegenüber. Zwar hat die institutionsbezogene Betrachtungsweise im Verlauf des Reformprozesses seit 1975 ihr Monopol eingebüßt (vgl. Rössler 1996, 13ff.), prägt aber weiterhin die bestehenden Versorgungsstrukturen und die professionelle Sichtweise bei der Auswahl der Hilfen. Deutliche Zeichen des Wandels sind dennoch erkennbar: die funktionale Definition von Versorgungsaufgaben im Bericht der Expertenkommission, die am Bedarf von Patientengruppen orientierte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sowie die mit dem Konzept des „personenzentrierten Ansatzes“⁶ verknüpften Empfehlungen der Kommission zum Personalbedarf in der außerstationären Versorgung (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1990; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988; Kauder 1997).

Um den Betroffenen adäquate Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, müssen diese ebenso breit gefächert und komplex sein wie die Erkrankungen und deren Folgen (vgl. Sauter 2006b, 167). Nach dem Bericht der Expertenkommission umfasst die psychiatrische Versorgung die Bereiche: (1) Behandlung, Pflege, Rehabilitation, (2) Wohnen, (3) Arbeiten sowie (4) soziale Teilhabe und materielle Grundsicherung (vgl. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988). Bereits bei der Betrachtung dieser umfassenden Bereiche lässt sich auf die Komplexität des Versorgungssystems schließen. Für die psychiatrische Versorgung lassen

⁶ In den Jahren 1992 bis 1996 hat eine Expertenkommission im Auftrag der Bundesregierung ein umfassendes Konzept für die Organisation ambulanter und komplementärer Hilfen vorgelegt (siehe Kauder 1997; Kruckenberg et al. 1997; Schmidt-Zadel et al. 2004). Über die personenzentrierte Versorgungsplanung hinaus gibt sie Empfehlungen für die Personalbesetzung. Bislang sind diese Empfehlungen nicht wie beabsichtigt in gesetzliche Regelungen umgesetzt worden (vgl. Sauter 2006b, 175).

sich verschiedene Ebenen ausmachen. Das Hilfesystem unterteilt sich zunächst in ein nichtprofessionelles (z.B. Selbsthilfe) und ein professionelles. Letzteres wiederum besteht aus nichtspezialisierten Vorfeldeinrichtungen der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung (z.B. Hausärztin/-arzt, Sozialbehörden) sowie spezialisierten Kernfeldeinrichtungen (vgl. Rössler 1996, 11; Sauter 2006b, 172).

Abbildung 1: Psychiatrische Versorgungseinrichtungen



(siehe Sauter 2006b, 175ff.)

Psychisch kranke Menschen nehmen je nach Schweregrad und Spezifität des Hilfebedarfs verschiedene Ebenen des Versorgungssystems in Anspruch (vgl. Rössler 1996, 11). Einen

ersten Überblick über das vielschichtige Versorgungsnetz bietet Abb.1. Exemplarisch werden hier bestehende Institutionen aufgeführt und die verschiedenen Einrichtungen den Bereichen ambulante, stationäre und komplementäre Versorgung als Teil des spezialisierten psychiatrischen Kernfelds sowie dem Bereich der Selbsthilfe zugeordnet.

An den Aufbau und die Organisation der Versorgung werden durch die Vielfältigkeit der Betreuungsbedürfnisse psychisch kranker Menschen hohe Ansprüche gestellt. Da psychisch kranke Menschen integrierte Komplexleistungen benötigen, erbringen zumeist mehrere Leistungserbringer mit unterschiedlicher Kompetenz gemeinsam Hilfe, wobei die einzelnen Angebote aufeinander abgestimmt werden (vgl. Sauter 2006b, 171). Die Rahmenbedingungen dieses komplexen Hilfesystems regelt die Legislative und kommt damit ihrer Aufgabe, der Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen, nach (vgl. Sauter 2006b, 168). Aus ihrer Sicht sollen psychisch kranke Menschen zunächst seitens der Rehabilitationsträger durch Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation derart unterstützt werden, dass die Entwicklung einer chronisch psychischen Erkrankung und einer daraus folgenden seelischen Behinderung vermieden wird (vgl. SGB IX §3; Vock et al. 2007a, 36). Sofern diese präventiven Maßnahmen nicht greifen, spricht der Gesetzgeber von einer Behinderung:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (SGB IX §2 Abs.1).

Ausgehend von einem dynamischen Behinderungsbegriff wird Behinderung und Krankheit in einen funktionellen Zusammenhang gesetzt. Behinderung ist kein statisches Merkmal einer Person sondern ein Vorgang, dem „Wechselwirkungen zwischen bestimmten Beeinträchtigungen und äußeren, vor allem sozialen Umständen zugrunde liegen“ (Specht 1995, 345). Es ist u.a. Aufgabe der Leistungs- bzw. Kostenträger der Hilfemaßnahmen für psychisch kranke Menschen, die Wechselwirkungen im Rahmen der Erkrankung und der daraus folgenden oder drohenden Behinderung zu reduzieren und die Krankheitsfolgen zu mindern (vgl. Vock et al. 2007a, 36).

Folgt man den sozialrechtlichen Grundlagen, basiert die Versorgung psychisch kranker Menschen auf drei Säulen: (1) psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, (2) Leistungen zur Rehabilitation und (3) Leistungen zur Integration in die Gesellschaft (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Merkmale von Behandlung, Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen

	Dauer	Ziel	Methoden
Behandlung	über Wochen oder langfristig	Heilung oder Symptomreduktion	Somatotherapie Psychotherapie rehabilitative Therapien z.B. Ergotherapie, medizinische Belastungserprobung
Rehabilitation	zeitlich begrenzt	Vorbeugung und größtmögliche Überwindung von Krankheitsfolgen	medizinische Rehabilitation berufliche Rehabilitation
Integration	bei Bedarf lebenslang	Sicherung der Lebensqualität	psychosoziale Hilfen

(modifiziert nach Klecha/Borchardt 2007, 18)

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (erste Säule) besteht aus dem ärztlichen Gespräch, der somatischen Behandlung, der Psychotherapie sowie der sozialen Therapie (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 9). Sie bezieht sich damit vorwiegend auf das Feld der kurativen Medizin. Aus diesem Grund sind die Leistungen überwiegend im fünften Sozialgesetzbuch (SGB), der gesetzlichen Krankenversicherung, geregelt (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 29). Mittels psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie lässt sich ein weites Spektrum psychischer Erkrankungen ausreichend und gut behandeln. Es ist zumeist nur eine Frage der Behandlungsqualität und Zeit bis die Betroffenen soweit genesen sind, um ihren Lebensalltag wieder selbstständig zu gestalten (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 9).

Die zweite Säule der psychiatrischen Versorgung – Rehabilitation – rückt dann in den Vordergrund, wenn es im Rahmen einer psychischen Erkrankung zu alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten kommt, die trotz adäquater Behandlung nicht nur vorübergehend vorliegen und die die Möglichkeiten der betroffenen Individuen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft einschränken (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 9). Die Rehabilitation psychisch kranker Menschen ist zeitlich begrenzt und lässt sich in folgende vier Bereiche untergliedern:

- Medizinische Rehabilitation: Sie ist darauf gerichtet, Krankheitsfolgen in Form von Fähigkeitsstörungen zu überwinden oder zu mindern.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation): Sie soll die Betroffenen dazu befähigen, am Erwerbsleben teilzuhaben.
- Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation): Mit dieser Hilfe soll eine Integration des Individuums in die Gesellschaft erzielt werden.
- Ergänzende Leistungen zur Teilhabe: Durch sie soll die Erreichung des Ziels der Rehabilitation sichergestellt werden (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 10, 31ff.).

Seit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 ist der Begriff der Rehabilitation auf die medizinische Rehabilitation begrenzt; die früher gebräuchlichen Begriffe berufliche und soziale Rehabilitation wurden durch die Termini „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ ersetzt (vgl. SGB IX §5). Hiermit geht ein Paradigmenwechsel einher. Nicht länger die Fürsorge für behinderte Menschen und deren Versorgung, „sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005, 5) stehen im Mittelpunkt der Rehabilitation. Die Abwendung bzw. Verminderung von Behinderung, Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie die Ermöglichung einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung sind Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 31). Das SGB IX ist Leistungsgrundlage der Rehabilitation psychisch kranker Menschen, soweit die Leistungsvoraussetzungen und Zuständigkeiten nicht in den jeweiligen, für die einzelnen Leistungsträger gültigen Teilen des SGB geregelt sind (vgl. SGB IX §7). Zur Illustration der unterschiedlichen Rehabilitationsleistungen werden sie in Tab. 2 beispielhaft für die drei erst genannten Bereiche angeführt.

Besteht eine Rehabilitationsfähigkeit nicht oder sind deren Möglichkeiten erschöpft und ist weiter Hilfebedarf erforderlich, werden langfristige psychosoziale Hilfen für psychisch kranke Menschen notwendig (dritte Säule). Die psychosozialen Hilfen lassen sich den Bereichen der Behandlung und Rehabilitation im engeren Sinne nicht zuordnen und werden auch unter dem Begriff „komplementäre Versorgung“ zusammengefasst (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 10). Komplementäre, d.h. ergänzende, Dienste greifen die Struktur unserer modernen Gesellschaft auf, in der für die meisten Menschen die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit getrennt sind. Aus diesem Grund gibt es für jeden einzelnen Lebensbereich unterschiedliche Hilfen (vgl. Sauter 2006b, 179f.). Sie lassen sich in die genannten drei Bereiche aufteilen, wobei Einrichtungen des beschützten Wohnens nur einen Zweig der zur Verfügung stehenden komplementären Dienste bilden (siehe Abb.1). Die Finanzierung der komplementären Versorgung und die Zuständigkeiten der Leistungserbringung werden ebenfalls durch die Sozialgesetze reglementiert.

Tabelle 2: Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

Bereiche der Rehabilitation	Leistungen
medizinische Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel, einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie – medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen – Früherkennung und Frühförderung – Förderung der Selbsthilfe
Teilhabe am Arbeitsleben	<ul style="list-style-type: none"> – Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung – Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen – Berufsvorbereitung – berufliche Anpassung und Weiterbildung – berufliche Ausbildung – Arbeitsassistenten – Eingliederungszuschüsse
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> – Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in §§31, 33 SGB IX genannt sind – heilpädagogische Leistungen – Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten – Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt – Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung – Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohngemeinschaften – Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben

(modifiziert nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005, 11)

Da die verschiedenen Leistungsgrundlagen der komplementären Dienste ebenso vielschichtig sind wie das gesamte psychiatrische Versorgungsnetz, wird an dieser Stelle der vorliegenden Arbeit auf eine umfassende Darstellung verzichtet. Erläuterungen zu relevanten gesetzlichen Regelungen in Bezug auf den Bereich Wohnen finden Eingang in das folgende Kapitel.

1.3 Hilfen im Bereich Wohnen

Ausgelöst durch die Enthospitalisierung psychisch kranker Menschen und dem damit einhergehenden Verlust des Wohnortes Krankenhaus hat sich seit Mitte der siebziger Jahre ein breit gefächertes Angebot beschützter Wohneinrichtungen etabliert. Als Teil der komplementären Versorgungsstruktur sind sie ein wichtiger Baustein besonders für chronisch psychisch kranke Menschen, die infolge ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, ein selbstständiges Leben zu führen. Die Grundidee der Hilfsangebote im Bereich Wohnen ist die Integration psychisch kranker Menschen in möglichst normale Wohn- und Lebensverhältnisse. Die bedarfsorientierte Betreuung vor Ort ist neben der Bereitstellung eines realitätsnahen Lebensumfelds ein wesentliches Standbein des beschützten Wohnens (vgl. Bauer/Berger 2003, 622).

Die Hilfsangebote im Bereich Wohnen unterscheiden sich zunächst in ihrer Form, d.h. ambulant und stationär, im Maße ihres rehabilitativen Aspekts sowie ihrer

Betreuungsintensität. Neben stationären Einrichtungen haben sich betreute Wohngemeinschaften und vor allem das betreute Einzelwohnen durchgesetzt (vgl. Bauer/Berger 2003, 622). Letztgenannte Formen werden dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens zugerechnet. Unter dem betreuten Einzelwohnen versteht man das selbstständige Wohnen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Sie leben allein in einer eigenen Wohnung und werden durch Fachkräfte (zumeist Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpfleger) in einem vorher festgelegten Rhythmus regelmäßig ambulant betreut. Das ambulant betreute Wohnen kann auch als Zusammenleben mehrerer psychisch kranker Menschen in einer therapeutischen Wohngemeinschaft gestaltet werden, wobei die Räumlichkeiten dabei zumeist vom Träger des betreuten Wohnens angemietet sind. Je nach Konzept variiert die Betreuungsintensität von rund um die Uhr bis einige Stunden am Tag (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 81; Sauter 2006b, 180).

Wohnheime als stationäre Versorgungsform stellen in der Regel weniger Ansprüche an die Fähigkeiten und die Motivation der Bewohner/innen als offenere Wohnformen. Sie sollten dennoch eine rehabilitative Zielstellung haben, d.h. den Bewohner für ein Leben außerhalb der Institution befähigen. Es wird je nach Ausrichtung und Aufenthaltsdauer zwischen Übergangs- und Langzeitwohnheimen unterschieden. Die Aufenthaltsdauer in einem Übergangswohnheim ist auf ein bis fünf Jahre beschränkt und strebt für die/den Bewohner/in im Anschluss eine selbstständigere Lebensform an, wobei sowohl die eigenverantwortliche Lebensführung (Wohnen, Alltagsbewältigung) als auch die Arbeitsfähigkeit gefördert werden. Langzeitwohnheime (spezialisierte Wohnheime für psychisch kranke Menschen, Pflegeheime) hingegen haben keine beschränkte Aufenthaltsdauer und stellen somit noch geringere Anforderungen an die Bewohner/innen. Trotz dessen sollte das Augenmerk auch in dieser Wohnform auf dem Rehabilitationspotential der psychisch kranken Menschen liegen, um ihnen einen Übergang in eine weniger beschützte Lebensform zu ermöglichen (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 141ff.).

Der Bereich Wohnen tangiert zwei grundsätzliche, dem Ansatz nach verschiedene Versorgungssysteme mit den dazugehörigen Leistungsgesetzen (vgl. Vock et al. 2007a, 36). Zum einen kommt primär der durch die Sozialhilfeträger finanzierte Bereich der Eingliederungshilfe im Sinne des rehabilitativen Bereichs „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zum Tragen (vgl. SGB XII §§53ff.). Die zentralen gesetzlichen Grundlagen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen finden sich im SGB XII. Hierin ist u.a. festgelegt, dass Personen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind oder von einer erheblichen Behinderung

bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Abhängig sind diese Leistungen nach Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, von der bestehenden Aussicht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann (vgl. SGB XII §53 Abs.1). Die Aufgabe der Eingliederungshilfe ist dabei,

„eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (SGB XII §53 Abs.3).

Für die psychiatrische Versorgung im Bereich Wohnen spielt dieser finanzierte Bereich der Eingliederungshilfe eine herausragende Rolle, da alle wohnbezogenen Hilfsangebote, die die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zum Ziel haben, zu den rehabilitationsbezogenen Hilfemaßnahmen des SGB IX gehören. Sie fallen somit in die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger (vgl. SGB IX §55 Abs.2; Vock et al. 2007a, 120). Auf die Maßnahmen der Eingliederungshilfe haben nur psychisch kranke Menschen Anspruch, die aufgrund ihrer Erkrankung als seelisch behindert oder von Behinderung bedroht gelten. Stellvertretend für den Kostenträger Sozialamt werden hier die Sozialpsychiatrischen Dienste gutachterlich tätig. Als zuständige Fachdienste stellen sie die Zugehörigkeit der Betroffenen zum anspruchsberechtigten Personenkreis fest und beurteilen die Notwendigkeit sowie Angemessenheit der jeweilig beantragten Hilfemaßnahme. In diesem Rahmen wird ein Behandlungs- und Rehabilitationsplan erstellt, auf dessen Grundlage die Sozialämter über die Kostenübernahme und die Dauer der beantragten Hilfemaßnahmen entscheiden. Die Kostenträger bewilligen die Finanzierung jeweils für einen bestimmten Zeitraum, der in der Regel zwischen sechs bis zwölf Monaten liegt. Vor Ablauf dieser Bewilligung wird dann die Notwendigkeit der Fortführung der Maßnahme mittels eines aktualisierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans erneut stellvertretend durch die Sozialpsychiatrischen Dienste geprüft (vgl. Vock et al. 2007a, 121).

Gemäß §§ 3 und 31 SGB XI, die den Vorrang von Rehabilitation vor Pflege festschreiben, kommen zum anderen ergänzend für die Versorgung psychisch kranker Menschen auch Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI in Frage (vgl. SGB XI §§ 5, 31). Dem Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse liegt eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zugrunde (vgl. SGB XI §18 Abs.1). Voraussetzung für die Bewilligung ist die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. Als pflegebedürftig gelten

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (..) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI §14 Abs.1).

In der Beschreibung der Hilfen wird im SGB XI ebenso der rehabilitative Aspekt angesprochen, indem das Ziel der Hilfen auf Eigenständigkeit ausgerichtet ist.

„Die Hilfe (...) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ (SGB XI §14 Abs.3).

Die Hilfemaßnahmen sind hierbei auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt (vgl. SGB XI §14 Abs.4). Insofern können psychisch kranke Menschen nur Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wenn sie in genannten Bereichen der Hilfe bedürfen. Bestehen trotz vorliegendem Pflegebedarf aufgrund leistungsrechtlicher Voraussetzungen keine Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung, kommen auch die Sozialhilfeträger im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ für gleichartige Leistungen auf. Dieses gilt gleichermaßen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht den tatsächlichen Bedarf abdecken (vgl. SGB XII §§61ff.).

Ambulante Wohnformen für psychisch kranke Menschen werden zumeist auf Grundlage der Eingliederungshilfe finanziert. Unter Umständen können innerhalb des ambulanten Bereichs Pflege und Eingliederungshilfe auch parallel geleistet werden. Sowohl die Eingliederungshilfe als auch die Pflegeversicherung bieten grundsätzlich die Möglichkeit, neben den ambulanten Angeboten auch stationäre Wohneinrichtungen vorzuhalten bzw. zu finanzieren (vgl. Vock et al. 2007a, 37). Mit Bezug auf das SGB IX legt die Eingliederungshilfe einen deutlichen Schwerpunkt auf die Gleichberechtigung, daneben zeichnet sich im SGB XII eher eine Orientierung weniger auf Rehabilitation und stärker auf Defizitversorgung ab. Gemeinsam ist aber beiden Leistungsgesetzen das Ziel der Selbstbestimmung der behinderten bzw. pflegebedürftigen Menschen (vgl. SGB IX §2 Abs.1; SGB XII §1).

1.4 Kritik

Innerhalb einer stationären psychiatrischen Behandlung sind die Angebote gut koordiniert und werden von einem Leistungsträger, der Krankenkasse, finanziert. Auch das Spektrum der rehabilitativen Maßnahmen erweckt zunächst den Eindruck eines breit angelegten und differenzierten Versorgungsangebots. Die Budgetierung der gesetzlichen Krankenkassenleistungen führt aber zu einer Begrenzung des finanziellen Spielraums für langfristige Veränderungen größeren Umfangs (vgl. Rössler 1996, 29). Für den komplementären Bereich ergibt sich ein völlig anderes Bild, da im gegliederten Sozialsicherungssystem dessen Leistungen von unterschiedlichen Kostenträgern – Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie Sozialhilfe – finanziert werden (vgl. Sauter 2006b, 171f.). Dabei finanziert die Sozialhilfe den allergrößten Anteil von

Rehabilitation psychisch kranker Menschen, da deren Bedarf nicht zu den vorrangigen Leistungsträgern (Kranken- und Rentenversicherung) passt oder die durch die Beiträge erworbenen Ansprüche unzureichend sind. In sozialrechtlicher Hinsicht ist somit die Gleichstellung chronisch psychisch kranker Menschen nicht erreicht (vgl. Kunze 2004, 24). Ebenso führen die Fragmentierung der einzelnen Hilfeleistungen in meist zeitlich begrenzte Einzelleistungen sowie die mehr oder weniger abgestimmte Leistungserbringung zahlreicher Anbieter und unterschiedlicher Leistungsträger zu Schwierigkeiten der Koordination (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 175). Problematisch sind weiterhin die regionalen Differenzen im bestehenden Versorgungsangebot wie auch die unterschiedlichen Gesetze und Verordnungen der einzelnen Länder und Kommunen. Der Aufbau einer stringenten Steuerung auf örtlicher Ebene erweist sich als Versäumnis der Psychiatriereform, da weder die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren⁷ noch die Sozialpsychiatrischen Dienste dies kaum leisten können. Es fehlt ein Case-Management, das sich auf ein solides Assessment und daraus abgeleitete mit den Kosten- und Einrichtungsträgern verbindlich vereinbarte Hilfepläne berufen kann (vgl. Schwendy 2001, 36).

Das weit verzweigte psychiatrische Versorgungsnetz erscheint z.T. auch für die professionellen Helfer undurchsichtig. Im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes bietet es aber ebenfalls die Chance, für die/den Betroffene/n ein angemessenes, institutionsunabhängiges Bündel von Einzelmaßnahmen zusammenzustellen, d.h. eine Hilfe nach Maß (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 21). Die gesamte Versorgungsplanung richtet sich dabei am Hilfebedarf der/des Einzelnen aus. Institutionelle Interessen werden untergeordnet (vgl. Sauter 2006b, 175). Besonders in Bezug auf die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen schafft dieses Vorgehen neue Perspektiven. Diese geschieht bis heute häufig nämlich in Form einer Zuordnung von Personen zu Einrichtungen, die am ehesten zu den Betroffenen zu passen scheinen (vgl. Klecha/Borchardt 2007, 21).

Die Vermittlung in eine Einrichtung (z.B. Wohnheim) stellt sich einfacher dar, als ein Netz von Hilfen zu knüpfen, durch das es gelingt, die in der eigenen Wohnung lebenden psychisch kranken Menschen ausreichend zu behandeln und zu fördern sowie deren Angehörigen zu unterstützen bzw. zu entlasten. Ambulante Versorgung bedeutet herkömmlich wenig Hilfe. Wenn psychisch kranke Menschen mehr Unterstützung benötigen und verschiedene

⁷ Die zentrale Aufgabe der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren besteht in der Koordination der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote, der Qualitätskontrolle und der Förderung der freien Träger. Im Gegensatz dazu stellen die Sozialpsychiatrischen Dienste die psychiatrische Versorgung auf Personenebene sicher (vgl. Vock et al. 2007a, 52).

Teilleistungen integriert werden müssen, ist dies bisher nur stationär möglich (vgl. Kunze 1997, 18; Wienberg 2008, 4). Die Psychiatriereform selbst brachte den Heimbedarf im komplementären Versorgungsbereich erst hervor. Statt einer Enthospitalisierung sind eher Tendenzen einer Umhospitalisierung zu erkennen. Die Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen findet sich im Verlauf bzw. im Ergebnis des Enthospitalisierungsprozesses nicht in der Gemeinde sondern oft in speziellen Heimen wieder (vgl. Dörner 2001, 47f.; Voepel 2002, 10). Unter diesem Gesichtspunkt bleibt es unklar, ob sich die Lebensumstände für die psychisch kranken Menschen durch die Enthospitalisierung tatsächlich verbessert haben oder ob sie nur in ähnlichen Einrichtungen versorgt werden (vgl. Auspurg et al. 2005, 12).

Der Reformgrundsatz „gemeindenaher Psychiatrie“ bedarf Erweiterung, denn das Ziel war lediglich die Verkleinerung – nicht die Auflösung – psychiatrischer Anstalten und der Ersatz der Großkrankenhäuser durch ein differenziertes ortsnahe System sich gegenseitig ergänzender Hilfen. Aufgrund finanziellen und personellen Mangels wurde der Schwerpunkt aller neuen sozialpsychiatrischen ambulanten Hilfen auf das Krisenmanagement gesetzt. Die Kapazitäten der Professionellen flossen in die Einzelfallarbeit und das Binnenleben ihrer Einrichtungen, nicht in die Gemeinwesenarbeit (vgl. Schwendy 2001, 34). Dem rehabilitativen Aspekt der selbstbestimmten Teilhabe am Leben der Gemeinschaft folgend ist heute ein Konzept der Gemeindepsychiatrie anzustreben, das die Gemeinwesenorientierung verstärkt in den Blick nimmt.

1.5 Zusammenfassung

Rechtlich betrachtet ist die von der Psychiatrie-Enquete-Kommission geforderte sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch kranken Menschen mit körperlich Kranken verwirklicht. Exemplarisch kommt dieser Wertewandel im SGB IX zum Ausdruck, das als Ziel sozialstaatlicher Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft definiert. Ein Leitmotiv der Psychiatriereform wurde hiermit gesetzlich verankert. In Hinsicht auf die Gleichstellung chronisch psychisch kranker Menschen gilt dies nicht. Diese benötigen zumeist Hilfen aus dem Bereich der komplementären Dienste, womit ihr Rehabilitationsbedarf für gewöhnlich nicht zu den vorrangigen Leistungsträgern passt oder ihre durch Beiträge erworbenen Ansprüche unzureichend sind. Die Fragmentierung des Sozialsystems führt ebenfalls zu einer mangelnden Koordination der Hilfeleistungen. Besonders im Bereich Wohnen, wo zwei grundsätzliche, dem Ansatz nach verschiedene

Leistungsgesetze (SGB XI und XII) für die Finanzierung in Frage kommen, wird die Bedeutung eines zentralen Steuerungsgremiums offensichtlich. Aufgrund der fehlenden Zusammenarbeit der beiden Versorgungssysteme bleibt die Möglichkeit der Kombination dieser beiden Leistungsgrundlagen häufig ungenutzt. Darüber hinaus übernimmt nur im Bereich der Eingliederungshilfe ein Fachdienst in Form des Sozialpsychiatrischen Dienstes die gutachterliche Tätigkeit. Im Bereich der Pflegeversicherung ist es Aufgabe des MDK, deren Mitarbeiter/innen in vielen Fällen nicht über die notwendige Kompetenz zur Beurteilung der Hilfemaßnahmen für psychisch kranke Menschen verfügen.

Bis heute sind die Hilfsangebote für chronisch psychisch kranke Menschen größtenteils stationäre, da sie auf mehr Unterstützung angewiesen sind und verschiedene zu integrierende Teilleistungen beanspruchen. Ambulante Angebote sind weiterhin gleich bedeutend mit wenig Hilfe. Das gemeindenahe Versorgungssystem stößt hier momentan an seine Grenzen. Weder kann bereits für jede/n Betroffene/n von einem ausreichenden Angebot angemessener und umfassender Hilfen zur Verwirklichung einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung noch von einer einrichtungsunabhängigen Perspektive für eine bedarfsgerechte Versorgung gesprochen werden. Besonders unter dem Aspekt der Wohnmöglichkeiten psychisch kranker Menschen kann demzufolge die Psychiatriereform nicht als abgeschlossen gelten, wenn es um gesellschaftliche Teilhabe, gleiche Chancen und Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft geht. Viele chronisch psychisch kranke Menschen leben derzeit in stationären Wohneinrichtungen und unterliegen dortigen institutionellen Einflüssen.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit, fußt der theoretische Bezugsrahmen auf zwei soziologischen Studien, die in der Tradition des symbolischen Interaktionismus stehen und die die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Institution im psychiatrischen Handlungsfeld näher beleuchten.

In diesem Kapitel wird zum einen Goffmans Konzept der „totalen Institution“ erörtert. In einer Zeit, in der fast die gesamte wissenschaftliche Literatur über psychisch kranke Menschen vom Standpunkt der Psychiaterin bzw. des Psychiaters aus verfasst wurde, war Goffman einer der ersten, der das psychiatrische Versorgungssystem aus der Betroffenenperspektive erschloss (vgl. Goffman 1973, 8). Erstmals wird mit seinen Analysen die Situation der Patientinnen/Patienten im System der Anstalt wissenschaftlich diskursfähig. Seine Untersuchungen sind wesentlicher Bezugspunkt für die Reformdiskurse über die Psychiatrie in den sechziger und siebziger Jahren geworden. Sowohl die Vertreter/innen der Antipsychiatrie als auch die der Sozialpsychiatrie berufen sich gleichermaßen auf Goffmans Arbeiten, deren Einfluss heute nicht weniger gering ist. Sie bestimmen weiterhin die kontroversen Diskussionen um die Praxis und den gesellschaftlichen Status der Psychiatrie. Sie haben, ohne zitiert zu werden, Eingang in die praktischen Begründungsmuster der Professionellen gefunden. Ihre Aktualität gilt umso mehr als trotz aller Deinstitutionalisierungsprozesse im psychiatrischen Bereich das Anstaltswesen nach wie vor eine der zentralen Säulen der Versorgung ist (vgl. Kardorff 1991, 335ff.; Schittar 1973, 165).

Zum anderen wird Riemanns Untersuchung zum „Fremdwerden der eigenen Biographie“ dargelegt. Diese Arbeit, die sich mit der Biographie psychisch kranker Menschen befasst, bildet eine seltene Ausnahme in der soziologischen Forschung. Die Auseinandersetzung mit der Biographie ist eine wichtige Möglichkeit, psychisch kranke Menschen als Personen kennen zu lernen, wobei die alleinige biographische Einordnung der Krankheit ungenügend ist. Riemanns Analyse von Biographieverläufen psychiatrischer bzw. ehemaliger psychiatrischer Patientinnen und Patienten leistet einen maßgeblichen Beitrag zum Verständnis psychisch kranker Menschen, da sie neben den Prozessstrukturen des Lebensablaufs die biographische Relevanz psychiatrischer Interventionen in den Blick nimmt (vgl. Hoffmann-Richter 1995, 205ff.; Riemann 1987, 29).

2.1 Das Konzept der totalen Institution

Die umfassende Studie zur Lebenssituation psychisch kranker Menschen von Erving Goffman (1973) war ein Faktor, der Ende der sechziger Jahre die Kritik an der psychiatrischen Versorgung in Anstalten auslöste. Goffman untersuchte „die Innenansicht der psychiatrischen Klinik aus dem Blickwinkel des subjektiv wahrgenommenen Handlungsraums und der erschlossenen Handlungsroutinen und -möglichkeiten sowie der von außen beobachtbaren Interaktionen ihrer Insassen“ (Kardorff 1991, 336). Seine in der Tradition des symbolischen Interaktionismus praktizierte Perspektive führte zu einer Beschreibung der psychiatrischen Anstalt von innen unter Gesichtspunkten asymmetrischer Handlungschancen. Der Schwerpunkt seiner Untersuchung lag auf der Welt der Insassinnen und Insassen⁸. Durch teilnehmende Beobachtung und wertfreie objektivierende Darstellung gelangte Goffman zu einer minutiösen Beschreibung des Alltags in der Anstalt und kam zu dem Schluss, dass nicht die Krankheit, sondern die Institution die Patientinnen und Patienten prägt. Psychiatrische Anstalten definierte er als „totale Institutionen“ und dokumentierte, welche Verhaltensweisen einerseits der Krankheit der Patientinnen und Patienten und welche andererseits der Behandlung in der totalen Institution zu schulden sind (vgl. Goffman 1973, 11ff.; Kardorff 1991, 336f.; Sauter 2006a, 154).

Das Konzept der totalen Institution wird zumeist mit Gefängnissen, geschlossenen psychiatrischen Anstalten und Konzentrationslagern in Verbindung gebracht, also Einrichtungen, in denen die Mitglieder aufgrund von Zwangsmaßnahmen unfreiwillig untergebracht sind (vgl. Koch-Straube 1997, 343, Raab 2008, 80). Die Entscheidung für ein Leben in einer stationären pflegerischen Einrichtung ist – so vermittelt der erste Augenschein – freiwillig. Auf den zweiten Blick weisen diese Einrichtungen aber soziale Strukturen auf, die in vielen Details Goffmans idealtypischer Beschreibung der totalen Institution ähneln (vgl. Amrhein 2005b, 406). Im Folgenden werden die Merkmale der totalen Institution nach Goffman, die Machtstrukturen sowie deren Auswirkungen auf die Personen, die in ihnen leben, erläutert.

⁸ In Bezug auf das Konzept der totalen Institution wird der Begriff Insassin bzw. Insasse synonym für Mitglied verwendet. Die große, gemanagte Gruppe wird als Insassinnen und Insassen bzw. Mitglieder bezeichnet. Für sie gilt, dass sie in der Institution leben und beschränkten Kontakt zur Außenwelt haben. Im Gegensatz dazu arbeitet das Personal häufig auf der Basis eines Acht-Studentages und ist sozial in die Außenwelt integriert (vgl. Goffman 1973, 18).

2.1.1 Begriffsbestimmung

Das menschliche Zusammenleben ist durch Institutionalisierungsprozesse geregelt, die aus Habitualisierung von Verhalten entstehen (vgl. Berger/Luckmann 2007, 61). Es gibt eine Vielzahl spezieller Institutionen, die gezielt verschiedene gesellschaftliche Aufgaben (z.B. Bildung von Kindern in Schulen) übernehmen, und innerhalb derer jedes einzelne Mitglied eine von seiner Position abhängige soziale Rolle übernimmt. Diese bietet eine Richtschnur für das Verhalten und beeinflusst das Selbsterleben jeder Person (vgl. Koch-Straube 1997, 339). Üblicherweise besteht in den westlichen Gesellschaften dabei eine Trennung von Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich (vgl. Hohmeier/Treiber 2007, 473). In diesen unterschiedlichen Lebensbereichen hat die/der Einzelne es mit anderen Menschen und verschiedenen Autoritäten zu tun, auch unterliegt ihr/sein Handeln keinem umfassenden rationalen Plan. An jedem Ort nimmt das Individuum andere soziale Rollen ein (vgl. Goffman 1973, 17). Dabei beansprucht jede Institution einen Teil seiner Zeit und Interessen. Sie stellt eine Welt für sich dar (vgl. Goffman 1973, 15). Obwohl von Menschen geschaffen, von ihnen aufrechterhalten oder verändert, stehen die Institutionen

„dem Individuum als objektive Faktizitäten unabweisbar gegenüber. Sie sind *da*, außerhalb der Person, und beherrschen in ihrer Wirklichkeit, ob wir sie leiden mögen oder nicht. Sie widersetzen sich seinen Versuchen, sie zu verändern oder ihnen zu entschlüpfen. Sie haben durch ihre bloße Faktizität zwingende Macht über ihn, sowie auch durch die Kontrollmechanismen, die mindestens den wichtigsten Institutionen beigegeben sind“ (Berger/Luckmann 2007, 64, Hervorhebung im Original).

Goffman betont, dass der Eintritt in eine totale Institution beträchtlich anders ist als das Hin- und Herwechseln zwischen anderen Interaktionsrahmen, in denen Menschen einen Teil des Tages verbringen (vgl. Giddens 1992, 209). Im Unterschied hierzu symbolisieren die Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt und der Freizügigkeit den allumfassenden bzw. totalen Charakter einer Institution (vgl. Goffman 1973, 15f.). Anhand dieser grundsätzlichen Überlegungen definiert Goffman totale Institution wie folgt:

„Eine totale Institution läßt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 1973, 11).

Zentrales Merkmal totaler Institutionen ist also die Aufhebung der Trennung zwischen den Orten des Schlafens, Spielens und Arbeitens für deren Mitglieder. Für die Dauer der Anwesenheit in einer totalen Institution finden alle Angelegenheiten des Lebens an dem festen Ort der Einrichtung statt. Die in ihr lebenden Menschen sind einer einzigen Autorität unterworfen. Alle Phasen der täglichen Arbeit führen die Mitglieder in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossinnen und -genossen aus, dabei müssen alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten und allen wird die gleiche Behandlung zu teil. Der Arbeitstag unterliegt einer exakten Planung. Diese wird von oben

durch ein System expliziter Regeln und einen Stab von Funktionären (Personal) vorgeschrieben. Der hierarchisch gegliederte Stab von Funktionären stellt nicht nur die Regeln für die Mitglieder auf, sondern ist auch für deren Einhaltung zuständig. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem rationalen Plan vereinigt, der zur Erreichung der offiziellen Ziele der Institution dient. Durch diese Ziele rechtfertigt sich die Existenz der Institution gegenüber der Gesellschaft (vgl. Goffman 1973, 17; Heinzlmann 2004, 55).

Bedeutendes Faktum totaler Institutionen ist die „Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen“ (Goffman 1973, 18). Neben diesem ist ein weiterer übergeordneter Gesichtspunkt auszumachen: die Verfügung über die Zeit der Mitglieder (vgl. Heinzlmann 2004, 55).

Weitere typische Kennzeichen totaler Institutionen sind:

- fundamentale Trennung von Personal und Mitgliedern mit großem sozialen Abstand und gegenseitigen negativen Vorurteilen
- Belohnungs- und Bestrafungssystem
- entwürdigende Aufnahmeverfahren
- Wegnahme persönlicher Besitztümer
- spezielle Mitglieder-Subkultur (vgl. Abderhalden 2006, 423)

Auch bei freiwilligem Eintritt stellen totale Institutionen bürokratische Organisationen dar, die menschliche Bedürfnisse eher mit Zwangsmitteln verwalten, als dass sie sie wirklich befriedigen können (vgl. Amrhein 2005b, 407).

2.1.2 Macht und Strategien der Anpassung

Eingehend diskutiert Giddens (1995) den Begriff „totale Institution“ im Zusammenhang mit dem Konzept der disziplinierenden Macht von Foucault (1976). Im Mittelpunkt seiner Analyse steht der Einfluss von Herrschaft, repräsentiert durch das Personal, auf die Mitglieder. Aufgrund des allumfassenden Charakters fordern derartige Einrichtungen von den in ihnen lebenden Menschen eine radikale Disziplin, was eine starke Anpassung an die institutionellen Regeln zur Folge hat. Solche Lebensbedingungen führen zu einer

systematischen Schwächung des Selbstwertgefühls⁹ (vgl. Giddens 1992, 209). Durch Verhöre und Befragungen kann das Personal in die Privatsphäre der Mitglieder eindringen und Daten über Persönlichkeitsmerkmale sowie vergangenes Verhalten sammeln, die von den Personen selbst als peinlich eingeschätzt und normalerweise verheimlicht werden (vgl. Giddens 1992, 210; Heinzelmann 2007, 56). Die Grenzen zwischen dem Verbergen und dem Zurschaustellen des eigenen Körpers, die in den westlichen Gesellschaften üblich sind, werden aufgelöst. Notdurft, Hygiene und Körperpflege sind der Kontrolle anderer unterworfen (vgl. Giddens 1992, 210). Die Mitglieder haben keine Rückzugsmöglichkeiten, die nicht den Ansprüchen der Disziplin unterliegen (vgl. Heinzelmann 2007, 56). Dies gilt auch für die Aspekte des sozialen Lebens. Demzufolge kommt es oft zu erzwungenen und kontinuierlichen Beziehungen zu anderen Insassinnen und Insassen; die freie Wahl des sozialen Umgangs ist weitgehend aufgehoben (vgl. Giddens 1992, 210). Ebenso ist den Mitgliedern die Kontrolle über den eigenen Tagesablauf entzogen. Für die jeweiligen Aktivitäten haben sie nur die Zeit, die ihnen vom Personal zugestanden wird (vgl. Heinzelmann 2007, 56). Das autonome Handeln der Individuen ist ganz entscheidend eingeschränkt. Die Aktivitäten der Mitglieder werden bis ins kleinste vom Personal reguliert und beurteilt (vgl. Goffman 1973, 45). Institutionelle Regeln und die daraus folgenden sanktionierenden Interaktionen bestimmen das Leben der Insassinnen und Insassen. Die/der Einzelne ist der Möglichkeit beraubt, sowohl in bestimmten Situationen anders handeln zu können, als auch ihre/seine Bedürfnisse und Ziele nach persönlichen Gegebenheiten auszugleichen (vgl. Giddens 1992, 211; Goffman 1973, 45). Da die Lebensbereiche in totalen Institutionen vermischt sind, bewegt sich das Individuum stets nur in ein und demselben Handlungsfeld. In einem anderen Kontext kann ihm sein Verhalten vom Personal in Form von Kritik und Überprüfung vorgeworfen werden (vgl. Goffman 1973, 44).

Das Leben in einer totalen Institution führt zu Veränderungen der Identität¹⁰. Durch bestimmte stabile Beziehungen der heimischen Umgebung hat jedes Mitglied ein Bild von sich selbst. Beim Eintritt in die totale Institution wird es der Hilfe beraubt, die ihm diese sozialen Bedingungen boten (vgl. Goffman 1973, 25). Die systematische, häufig auch

⁹ Selbstwertgefühl ist „das Gefühl vom Wert der eigenen Person. Das Wort macht deutlich, dass es sich um die affektiven Anteile des Selbstwertes handelt. Ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl entsteht regelmäßig dann, wenn das eigene Handeln, Denken, Fühlen und Wollen durch sich selbst oder durch andere ernsthaft in Frage gestellt wird“ (Wolff 2006b, 754).

¹⁰ Bei Goffman wird Identität nicht persönlichkeits-theoretisch, psychoanalytisch oder entwicklungspsychologisch verstanden, sondern gilt als interaktiv und über die Zeit biographisch im Kontext institutioneller und kultureller sozialer Wirklichkeit fortlaufend konstituiert (vgl. Weymann 1998, 40f.).

unbeabsichtigte Demütigung des Ichs der Insassinnen und Insassen erläutert Goffman anhand von verschiedenen Prozessen. Die Abgrenzung zur Außenwelt führt zu einem Rollenverlust. Das Individuum kann die alltäglichen, situationsabhängigen und sich gegenseitig nicht beeinflussenden Rollen seines bürgerlichen Lebens nicht mehr aufrechterhalten (vgl. Goffman 1973, 25; Voigt 2007, 34). Weitere Verstümmelungen des Selbst¹¹ erfährt das Mitglied durch den Entzug des Eigennamens und den Verlust des persönlichen Eigentums, das jede/r als eine Art Identitätsausrüstung zur Aufrechterhaltung seiner Fassade benötigt. Auch entsteht ein Gefühl der Unsicherheit, da aufgrund von Behandlungen wie der Schocktherapie keine physische Integrität gewährleistet wird (vgl. Goffman 1973, 29ff.). In totalen Institutionen werden Bereiche des Selbst – beispielsweise der Körper, die Handlungen, die Gedanken und ein Teil der persönlichen Habe – verletzt. „Die Grenze, die das Individuum zwischen sich und der Umwelt zieht, wird überschritten; die Verkörperung des Selbst wird entwürdigt“ (Goffman 1973, 33). Um eine vollständige Integration der Insassinnen und Insassen zu erreichen, wird ihnen ein neues Selbst aufgezwungen.

Die Ausübung von Macht ist der dominierende Aspekt jeder totalen Institution. Sie erstreben eine vollständige Deckung von individuellem Verhalten und institutionell vorgegebenen Zielen (vgl. Krappmann 1971, 112). Ihre gesamte Struktur ist von Machtausübung gekennzeichnet. Die Situation von Personal und Mitgliedern innerhalb dieses Bezugsrahmens ist asymmetrisch. Die Insassinnen und Insassen unterliegen den vielfältigen Erscheinungsformen der Herrschaft (vgl. Heinzemann 2007, 56). In einer derartigen Lage konzentrieren sich die Formen der Kontrolle, die Mitglieder über ihr Alltagsleben auszuüben suchen, vor allem auf den Schutz ihres Selbst vor dem übermächtigen Zugriff der Institution (vgl. Giddens 1992, 211). Hierzu entwickeln sie unterschiedliche Praktiken. Widerstand in den unterschiedlichsten Formen ist eine von ihnen. Es lassen sich aber auch leicht weitere Reaktionsmöglichkeiten ausmachen (vgl. Giddens 1992, 211).

¹¹ „Jedes Selbst entwickelt sich im Rahmen eines institutionellen Systems (...). Daher kann man behaupten, daß das Selbst definiert wird durch die in einem sozialen System für dessen Mitglieder verbindlichen Gegebenheiten. In diesem Sinne ist das Selbst nicht Eigentum einer Person (...), sondern sitzt eher in den Mustern sozialer Kontrolle (...). Ein institutionelles Arrangement (...) unterstützt das Selbst weniger, als daß es dieses konstituiert“ (Goffman 1973, 166).

Goffman beschreibt vier Strategien, wie die Insassinnen und Insassen totaler Institutionen sich an die Verhältnisse anpassen:

(1) „Rückzug aus der Situation“

Das Mitglied weigert sich, sich weiterhin so zu verhalten, wie es von einem vernünftig handelnden Menschen erwartet wird (vgl. Giddens 1992, 211). Sein Interesse reduziert sich auf den Körper und dessen umgebende Dinge. Dieser Abbruch der Interaktionsprozesse ist als Regression bekannt (vgl. Goffman 1973, 65).

(2) „kompromissloser Standpunkt“

Durch die offenkundige Verweigerung der Zusammenarbeit mit dem Personal bedroht das Mitglied die Institution absichtlich. Kennzeichen für diese Strategie sind eine andauernd weitervermittelte Kompromisslosigkeit und eine hohe individuelle Moral (vgl. Goffman 1973, 66).

(3) „Kolonisierung“

Das Mitglied konstruiert eine erträgliche Welt in den Lücken des verwalteten Raums und der verwalteten Zeit (vgl. Giddens 1992, 211). Der Ausschnitt der Außenwelt, den die totale Institution anbietet, wird als Ganzes angenommen und aus den maximalen Befriedigungen, die innerhalb der Anstalt erreichbar sind, wird eine stabile, relativ zufriedene Existenz gebildet (vgl. Goffman 1973, 66).

(4) „Konversion“

Das Mitglied macht sich das Urteil über seine Person zu Eigen und übernimmt die Rolle der perfekten Insassin bzw. des perfekten Insassen. Dieses verinnerlichte Ideal zeichnet sich durch eine disziplinierte, moralistische und monochrome Haltung aus (vgl. Goffman 1973, 67).

Im Gegensatz zu diesen aufgeführten Formen der Anpassung bedienen sich die Insassinnen und Insassen in den meisten totalen Institutionen einer Strategie, die Goffman als eine irgendwie opportunistische Kombination sekundärer Anpassungen¹², Konversion, Kolonisierung und Loyalität gegenüber der Gruppe der Insassinnen und Insassen, bezeichnet (vgl. Giddens 1992, 211; Goffman 1973, 68). Sie besteht darin, innerlich auf Distanz zu

¹² Sekundäre Anpassung ist insbesondere ein Mittel, das es den Mitgliedern einer totalen Institution erlaubt, in ihr zu leben, aber dennoch Distanz zu wahren, d.h. keine vollständige Anpassung an ihr Weltbild und ihre Ordnung sowie die Aufrechterhaltung einer Identität, die nicht vollständig mit den angepassten Mitgliedern verschmilzt sondern immer noch anders bleibt (vgl. Goffman 1973, 185; Münch 2003, 301). Im Gegensatz dazu versteht Goffman primäre Anpassung als die Bereitschaft des Individuums bestimmte Werte einer Organisation bzw. Gesellschaft zu übernehmen (vgl. Goffman 1973, 185; Voigt 2007, 35).

gehen, also den Anforderungen lediglich formal zu gehorchen (vgl. Heinzlmann 2007, 56). All diese Anpassungsstrategien bieten den Individuen lediglich die Möglichkeit, mit den Spannungen zwischen dem Leben draußen – der heimischen Umgebung – und dem Leben innen – der totalen Institution – fertig zu werden (vgl. Goffman 1973, 69). Dennoch führt das Leben in einer totalen Institution zu einem sozialen Umformungsprozess. Den Wandel des Selbst unter institutionellem Gesichtspunkt – die Laufbahn der psychischen Erkrankung – fasst Goffman mit dem Begriff „Karriere“. Das Konzept Patientinnen- bzw. Patientenkarriere beschreibt die Doppelseitigkeit: Einerseits betrifft es das Selbstbild und das Identitätsgefühl, andererseits die offizielle Stellung, rechtliche Verhältnisse sowie den Lebensstil und ist Teil eines der Öffentlichkeit zugänglichen institutionellen Ganzen (vgl. Goffman 1973, 127). Goffman rückt damit den Schnittpunkt, „an dem sich individuelle Lebensgestaltung und gesellschaftliche Strukturen verzahnen“ (Gerhardt 1984, 60), in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Entscheidung über den Karriereverlauf ist abhängig von Steuergrößen, über die die betroffenen Personen bzw. Institutionen verfügen (vgl. Keupp 1987, 357). Wenn Personen als psychiatrische Patientinnen und Patienten in eine Klinik kommen, unterscheiden sie sich beträchtlich voneinander. Durch die Instanzen der Klinikpsychiatrie sind sie im Wesentlichen mit ähnlichen Gegebenheiten konfrontiert und reagieren durchaus vergleichbar darauf. Nicht eine psychische Erkrankung bedingt diese Übereinstimmungen sondern die Macht gesellschaftlicher Kräfte (vgl. Goffman 1973, 128f.).

Totale Institutionen „sind Treibhäuser, in denen unsere Gesellschaft versucht, den Charakter eines Menschen zu verändern. Jede dieser Anstalten ist ein natürliches Experiment, welches beweist, was mit dem Ich des Menschen angestellt werden kann“ (Goffman 1973, 23).

Diesen Ausführungen zufolge hat das Leben in einer totalen Institution gravierende Auswirkungen auf die Persönlichkeit der Betroffenen. In einigen von Goffman genannten Einrichtungen gehört dies zu den erklärten Zielen der Institution (z.B. Konzentrationslagern), bei anderen stellen sie einen durchaus erwünschten Nebeneffekt dar. Allerdings ist es bedenklich, wenn sich derartige Auswirkungen nachweisen lassen, obwohl sie den offiziellen Organisationszielen widersprechen, wie etwa bei stationären Wohneinrichtungen der psychiatrischen Pflege und der Altenpflege (vgl. Heinzlmann 2007, 56).

2.1.3 Kritik

Mit einer Reihe von Veröffentlichungen führt Goffman in den sechziger Jahren das Individuum als zentrale Analyseeinheit ein. Konsequenter betrachtet er das Individuum in der Interaktion mit seiner Umwelt und nicht losgelöst als psychologische Einheit (vgl. Miebach 2006, 26). Seine Analyse totaler Institutionen stellt sich als einzige klassische Studie dar, die

sozialpsychologische Prozesse bei Erwachsenengruppen in Fürsorgeeinrichtungen untersucht (vgl. Amrhein 2005a, 110). In dem Buch „Asyle“ zeigt sich die Bedeutung des Individuums deutlich. Goffman beobachtet das Handeln von Insassinnen und Insassen in psychiatrischen Kliniken und analysiert es (vgl. Miebach 2006, 26). Seine Ergebnisse gewinnt er vor allem aus der Beobachtung psychiatrischer Anstalten im kulturellen und gesellschaftlichen Kontext der USA der fünfziger Jahre. Seine Darstellungen sind spezifisch für das gesellschaftliche Leben in der modernen Mittelklassegesellschaft. Aus diesem Grund verbleibt das Problem der Übertragbarkeit auf heutige stationäre Versorgungseinrichtungen (vgl. Amrhein 2005a, 110; Giddens 1992, 37). Die Wandlungsfähigkeit sozialer Systeme bleibt unberücksichtigt. In der Analyse Goffmans leben die Menschen in einer konstanten Alltagswelt; die Anpassungsbemühungen an diese Umwelt stehen daher im Vordergrund und Veränderungsmöglichkeiten des sozialen Kontexts gehen nicht in seine Analyse ein (vgl. Gouldner 1974, 456f.; Sennett 2004, 57).

Der Grundannahme, dass die Gegenstände der Mikrosoziologie sauber von denen der Makrosoziologie unterschieden werden können, folgen viele Kritiker/innen bei der Einschätzung der Bedeutung der Arbeiten Goffmans und weisen ihnen diese ausschließlich für die Mikrosoziologie zu, d.h. nur für den Bereich des Handlungsaspekts in Gesellschaften. Gleichzeitig konstatieren sie diese Perspektive als unzureichend, da Goffman sich nicht mit Themen umfassender gesellschaftlicher Organisation und Geschichte befasst (vgl. Giddens 1992, 120f., 192f.). Beispielhaft hierfür steht die Aussage Gouldners:

„Es ist eine Gesellschaftstheorie, die auf das Episodenhafte Nachdruck legt und menschliches Leben nur im engen interpersonalen Umkreis sieht, unhistorisch und nichtinstitutionell, - eine Existenz außerhalb von Geschichte und Gesellschaft, die nur in kurzen und flüchtigen Begegnungen zum Leben erwacht“ (Gouldner 1974, 453).

Die Kritik wendet sich aber nicht nur an das Ausblenden sozialstruktureller Faktoren. Zumeist wird Goffmans Untersuchungen der systematische Charakter vollständig abgesprochen (vgl. Giddens 1992, 120). Er arbeitet die Implikationen seines Standpunkts in keiner wirklich methodischen Form heraus. Dies unterlässt er aber nicht gänzlich, neigt dabei dann wiederum zu einer Verknüpfung der Rituale des Alltagslebens mit ethologischen Darstellungen des Verhaltens höherer Tiere. In Bezug auf die Probleme der Sozialtheorie ist dies nicht nützlich, um die Lücken in der Argumentation zu schließen (vgl. Giddens 1992, 37f.).

Die Interpretation der Goffmanschen Studien als theorielose, mikrosoziologische-ideokratische Beobachtungen der nordamerikanischen Mittelschicht weist Giddens allerdings zurück (vgl. Weymann 1998, 43). Obgleich der theoretischen Mängel in der Analyse sozialen Wandels im Hinblick auf das Unterbewusstsein und die Motivation der Akteurinnen und

Akteure lautet seine zentrale Einschätzung, dass die Untersuchungen Goffmans eine entscheidende Einsicht in den Charakter der sozialen Integration bieten. Die soziale Integration ist ein Prozess permanenter Strukturierung (vgl. Giddens 1992, 120ff.; Weymann 1998, 43). Mit dieser Sicht überwindet Giddens den Dualismus von Mikro- und Makrotheorie. Seiner Auffassung folgend stehen gesellschaftliche Strukturen den Handlungen der Individuen nicht gegenüber. Sie fließen mit in die Handlungen ein sowie die Handlungen der sozialen Akteurinnen und Akteure Strukturen schaffen (vgl. Treibel 1993, 228).

Die Bedeutung des Goffmanschen Werks – so Giddens – verdankt sich seiner scharfsichtigen Analyse von Begegnungen sowie seiner Beschäftigung mit der räumlichen und zeitlichen Ordnung sozialen Handelns. Als einer der wenigen Soziologen behandelt Goffman die Raum-Zeit-Beziehung als fundamental für die Produktion und Reproduktion gesellschaftlichen Lebens (vgl. Giddens 1992, 90). Die Stabilität institutioneller Formen existiert nicht trotz oder außerhalb der Begegnungen des Alltagslebens, sondern ist ein Ergebnis dieser lebensweltlichen Begegnungen, in denen Institutionen und Strukturen immer wieder erneuert werden müssen (vgl. Giddens 1992, 121; Weymann 1998, 43). Der kontingente Charakter aller Strukturierung und die Zeitlichkeit des Alltagslebens werden durch die Vergänglichkeit der Begegnungen zum Ausdruck gebracht (vgl. Giddens 1992, 121; Weymann 1998, 43).

„Goffman vertritt sehr überzeugend das Argument, daß die der syntagmatischen Ordnung der sozialen Interaktion innewohnende Vergänglichkeit sehr wohl mit einer sehr stabilen Form der sozialen Reproduktion vereinbar ist“ (Giddens 1992, 121f.).

Orte sind nicht einfach Plätze, sondern Bezugsrahmen von und für Interaktionen. Sinnvoll kann man die Situierung sozialer Interaktionen im Verhältnis zu den verschiedenen Orten untersuchen, durch die hindurch die Alltagsaktivitäten der Individuen koordiniert werden (vgl. Giddens 1992, 39).

Einer der Hauptgründe, weshalb Goffmans Arbeiten in gewisser Hinsicht den Eindruck der Oberflächlichkeit vermitteln, ist seine Vorannahme der/des motivierten Akteurin/Akteurs. Die Quellen menschlicher Motivation sind nicht Gegenstand seiner Analysen. Dies ist von vielen Kritikerinnen und Kritikern beanstandet worden und ihnen schließt sich auch Giddens an (vgl. Giddens 1992, 122). Da die von Goffman gewählten Begrifflichkeiten offenkundig bereits Themen der Ich-Psychologie betonen (vgl. Giddens 1992, 38), führt Giddens diesen Ansatz fort, indem er die Persönlichkeit tiefenpsychologisch beschreibt (vgl. Miebach 2006, 432). Einige der in Giddens „Theorie der Strukturierung“ enthaltenen Ideen ergänzen ziemlich direkt Goffmans Konzeptionen (vgl. Giddens 1992, 90).

Goffman beschreibt in „Asyle“ Patientinnen und Patienten sowie Personal psychiatrischer Einrichtungen von der Entdeckung der ersten Auffälligkeiten der/des zukünftigen Patientin/Patienten noch im vertrauten Kreise bis zur Überleitung in die Psychiatrie und zur schrittweisen Einrichtung in dieser totalen Institution. Er thematisiert die Grenzziehung zwischen Normalität und Abweichung (vgl. Raab 2008, 79) und hebt den Schnittpunkt hervor, an dem sich die individuelle Lebensgestaltung und die gesellschaftlichen Strukturen verzahnen. Mit dem Fokus auf psychiatrische Anstalten leistet er einen Beitrag zum Verständnis der wechselseitigen Vermittlung von Identität und Institution – Selbst und Gesellschaft (vgl. Gerhard 1984, 60, Raab 2008, 61). Anschaulich stellt er die Mechanismen der Macht in Form der Techniken des Personals sowie die Anpassungsstrategien der Mitglieder dar. Im Hinblick auf die Relation zwischen Individuum und Rolle ergibt sich in totalen Institutionen die Besonderheit, dass die Mitglieder in eine Rolle hineingedrängt werden, mit der sie ihre Identität nicht ausdrücken können. Systematisch wird das Individuum von seiner erworbenen Identität abgeschnitten. Dem Individuum wird durch diese Abtrennung von seiner biographisch bedingten Identität sowie von anderen Rollen wie Beruf und Familienmitglied eine wesentliche Quelle zur Rollendistanz entzogen. Auch eröffnet das situierte Aktivitätssystem des Tagesablaufs keine Chancen für Rollendistanz, da die aktive Rollengestaltung das Funktionieren der totalen Institution eher stört als fördert (vgl. Miebach 2006, 111). Die Unterwerfung unter die Erwartungen des Personals geht mit einer Reinterpretation der bisherigen Biographie und der Umdefinition der Identität einher (vgl. Weymann 1998, 40). Die sekundären Anpassungsstrategien sind ein verzweifelter Versuch der/des Einzelnen, die Identität vor dem übermächtigen Zugriff der Institution zu schützen.

Im Fokus steht daher im Weiteren die Auseinandersetzung mit der Biographie psychisch kranker Menschen. Durch die Analyse von Biographieverläufen psychiatrischer Patienten wird der biographische Einfluss psychiatrischer Interventionen aufgezeigt.

2.2 Fremdwerden der eigenen Biographie

Ausführlich beschäftigt sich Riemann – als einer der wenigen Soziologen – mit der Lebensgeschichte psychisch kranker Menschen. Auf Grundlage seiner Kritik an Untersuchungen der Vertreter/innen des Labeling-Ansatzes¹³, die ihr Analyseinteresse auf das Merkmal der Devianz¹⁴ reduzieren und auf den Beginn der Karriere der Betroffenen fokussieren, bettet Riemann das nonkonforme Verhalten in die Abläufe und Zusammenhänge der Lebensgeschichte der psychisch kranken Menschen ein (vgl. Mayring et al. 1987, 272; Riemann 1981, 411; Riemann 1984, 122; Riemann 1987, 14f.). Vor dem theoretischen Hintergrund des symbolischen Interaktionismus dehnt Riemann sein Untersuchungsinteresse auf die Biographieverläufe psychiatrischer Patientinnen und Patienten aus und entwickelt eine biographieanalytische Perspektive (vgl. Riemann 1987, 15). Er bezieht sich theoretisch auf die Arbeiten von Schütze (1981), Goffman (1972; 1973), Berger und Luckmann (2007) sowie der Ethnomethodologinnen und Ethnomethodologen (vgl. Hoffmann-Richter 1995, 209). Sein Analyseanspruch geht über die Erfassung der Betroffenenperspektive hinaus und nimmt die Struktur biographischer Abläufe in den Blick. Er richtet sein Augenmerk auf die Entwicklung biographischer Deutungsmuster und Reinterpretationen im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Ereignisabläufen und deren Folgen (vgl. Riemann 1987, 20f.).

Im Gegensatz zu Goffman, der sich in seinen Aussagen über Erfahrungen der Patientinnen und Patienten stillschweigend auf bestimmte Erzählungen als Analyseressource verlässt¹⁵, dabei allerdings die Datenanalyse und deren Kriterien nicht expliziert, greift Riemann die Erzählung als Instrument der methodisch kontrollierten Datenerhebung auf (vgl. Riemann 1987, 23f.). Mittels narrativer Interviews mit psychisch kranken Menschen beschreibt er Prozesse der Entfremdung, des Fremdwerdens der eigenen Biographie. Seine Erhebung verfolgt die Absicht, psychiatrische und ehemalige psychiatrische Patientinnen und Patienten nicht anders als andere Gesellschaftsmitglieder zu betrachten, d.h. ohne vorherige

¹³ Der Labeling-Ansatz (auch: labeling approach, Definitionsansatz oder Etikettierungsansatz genannt) fasst Devianz als ein sich fortlaufend entwickelndes Ergebnis dynamischer Interaktionsprozesse auf. Eine Handlung hat nicht per se einen abweichenden Charakter sondern wird erst im Prozess gesellschaftlicher Sinnsetzung zur Abweichung (vgl. Keupp 1987, 347; Peukert 2002, 115; siehe hierzu auch Keupp 1980 und Trojan 1978).

¹⁴ Mit Devianz (abweichendem Verhalten) werden Verhaltensweisen bezeichnet, die gegen in einer Gesellschaft oder einer ihrer Teilstrukturen geltenden sozialen Normen verstoßen und im Falle der Entdeckung soziale Reaktionen hervorrufen, die darauf abzielen, die betreffende Person zu bestrafen, zu isolieren, zu behandeln oder zu bessern (vgl. Peukert 2002, 106).

¹⁵ Aussagen bezüglich der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten in der vorklinischen Phase ihrer moralischen Karriere sind Goffman nur durch die Bezugnahme auf retrospektive Darstellungen von Informantinnen und Informanten möglich, da er diese Phase nicht beobachtete (vgl. Riemann 1987, 23f.).

Unterstellung psychopathologischer Besonderheiten. Ausgehend von der These, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten „überidentifiziert, auf das Wesentliche reduziert“ (Riemann 1987, 497, Hervorhebung im Original) sind, werden im Verlauf der Datenerhebung die Anstrengungen auf deren Entidentifizierung gelenkt. Das Ziel dieser Studie besteht darin, den Blick auf die Prozessstrukturen im Lebenslauf der psychisch kranken Menschen, insbesondere auf die Verlaufskurven¹⁶, zu richten (vgl. Riemann 1987, 29). Riemann erfasst ohne psychiatrische Vorannahmen, wie die Betroffenen die Kontrolle über ihre Lebensumstände verlieren, wobei die Prozesse des Leidens genauer untersucht werden. Unter dieser Perspektive wird die zentrale Fragestellung nach der biographischen Relevanz psychiatrischer Interventionen bearbeitet (vgl. Riemann 1987, 29).

Von der grundlegenden Erkenntnis, dass Identität auch im Feld der Fremdzuschreibung an Form und Gestalt gewinnen kann, wird sein Konzept getragen (vgl. Griese/Griesehop 2007, 93).

Die Fragestellung seiner empirischen Studie richtet sich auf folgendes Phänomen:

„Gesellschaftsmitglieder können unter bestimmten biographischen Bedingungen mit ihnen fremden, versachlichten, institutionalisierten und mit moralischem Zwang ausgestatteten Theoriebeständen konfrontiert werden, gegenüber denen sie nicht indifferent bleiben können, weil sie auf ihr eigenes Selbst abzielen; d.h. mit ihnen ist der Anspruch verbunden, den Betroffenen total identifizieren, sein Verhalten umfassend erklären u.U. anhand absolut moralischer Standards evaluieren zu können – und damit seinen Ort in der Welt *neu* zu bestimmen. Ihre Fremdheit wird von ihm in einschneidender Weise erfahren, es handelt sich also nicht um die fraglose Übernahme von Interpretationsschemata während seiner Sozialisation, die im Zuge der kulturellen Diffusion expertenhafter Identitätsinterpretamente ins Alltagsleben eingedrungen sind (...). Der Betroffene wird aus dem Alltag herausgehoben und gleichzeitig zu einem »Fall von ...«“ (Riemann 1984, 118, Hervorhebungen im Original).

In den Mittelpunkt rücken somit die professionellen und institutionellen Handlungsvollzüge und Logiken (vgl. Griese/Griesehop 2007, 93). Zur Strukturierung der Erkenntnis- und Handlungsprozesse existieren im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen diverse ordnende Schemata, beispielhaft hierfür ist das medizinische Konzept von Anamnese, Diagnose und Behandlung zu nennen. Durch die zum Einsatz kommenden methodischen Verfahren werden die Betroffenen aus ihrem Alltag, aus ihrer Lebenswelt entbunden und im Kontext professioneller Hilfe oft unter einer Diagnose subsumiert (vgl. Griese/Griesehop 2007, 94). Jede/r, die/der in den Geltungsbereich einer solchen Handlungspraxis gerät, kann entsprechend kategorisiert werden und ist mit professionellen Identitäts- und

¹⁶ Bezugnehmend auf das Konzept von Schütze (1981) werden konditionelle Ereignisverkettungen als Verlaufskurven bezeichnet. Ereignisse, die der/ dem Betroffenen widerfahren, haben keinen intentionalen Ursprung und führen dazu, dass dem Individuum die eigene Identität fremd wird (vgl. Riemann 1987, 29; Voigt 2007, 63).

Wirklichkeitsbeschreibungen konfrontiert (vgl. Griese/Griesehop 2007, 94; Riemann 1984, 118).

Am Beispiel psychiatrischer Diagnosen erläutert Riemann diesen Vorgang:

„Betroffene erfahren etwas von der klinischen Einschätzung ihrer Person – wer sie sind, was sie haben, welchen Ereignissen welche Signifikanz beizumessen ist, wie günstig oder ungünstig die Prognose ist – in Situationen, in denen mit ihnen und in denen über sie kommuniziert wird (...). Psychiatrische Identitätszuschreibungen sind nicht mit Akten sprachlicher »Etikettierung« gleichzusetzen, sondern durchziehen alle Aspekte der klinischen Prozessierung – *und* müssen vom Betroffenen interpretiert und evaluiert werden“ (Riemann 1984, 120f., Hervorhebungen im Original).

Derartige Zuweisungen durch die Professionellen können nicht äußerlich bleiben. Sie verlangen nach einer Form der Bearbeitung. Die ihre Person betreffenden psychiatrischen Identitäts- und Wirklichkeitszuschreibungen müssen von den Betroffenen nicht nur verstanden und für sich bewertet werden. In institutionellen Kontexten sind sie darüber hinaus der Erwartung ausgesetzt, die klinische Sicht der Dinge anzunehmen (vgl. Riemann 1984, 121). Begriffe wie „Krankheitseinsicht“ und „compliance“ nehmen darauf Bezug. Dementsprechend geht Riemann der Frage biographischer Relevanz psychiatrischer Interventionen nach, „um zu verstehen, welche vielfältigen Auswirkungen Hospitalisierungen haben können; wie sich durch die Übernahme psychiatrischer Kategorien das Verhältnis zu sich selbst verändern kann“ (Riemann 1987, 29). Die Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen, mit denen die psychisch kranken Menschen konfrontiert sind, wirken übermächtig. Dies ergibt sich aus ihrer gesellschaftlichen Anerkennung, ihrer wissenschaftlichen Legitimierung und Abstützung durch institutionelle Verfahren. Die eigenen Theoretisierungen der Betroffenen erhalten daneben einen definitiv niedrigeren Status. Obwohl diesem Prozess ein Moment der Verantwortungsentlastung innewohnt, da die Übernahme theoretischer Zuschreibungen von außen auf alltäglicher Handlungsebene attraktiv und entlastend wirken kann, wendet Riemann sich den sozialen Folgekosten zu, die sich im Verlust des biographischen Handlungsschemas ausdrücken (vgl. Griese/Griesehop 2007, 97f.; Riemann 1984, 119). Das individuelle Interpretationsmuster kann in Widerspruch zu den herangetragenen offiziellen Definitionen und Erklärungen geraten, sich mit den fremden vermischen, vor ihnen partiell zurückweichen oder langfristig von ihnen vernichtet werden (vgl. Riemann 1984, 119).

Innerhalb der vergleichenden Analysen stehen die Beschäftigung mit den Verlaufskurven sowie die Identifizierung der Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie im Mittelpunkt. In der Verlaufskurvenentwicklung werden folgende Strukturmomente lokalisiert:

- Aufschichtung des Verlaufskurvenpotentials aufgrund von Erfahrungen des Eingebunden- und des Ausgegrenztwerdens in der Herkunftsfamilie

- unterschiedliche Verlaufskurventransformationen und Prozesse des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens
- Formen des Orientierungszusammenbruchs (z.B. das Auffälligwerden und der Verlust der Manövrierfähigkeit im Alltag)
- Balancierung des Alltags (d.h. Einrichten in der Verlaufskurvendynamik statt Entwicklung von handlungsschematischen Befreiungs- und Kontroll-strategien) (vgl. Riemann 1987, 500)

Im Zuge der Verlaufskurvenentwicklung und -prozessierung geht in vielen Fällen die Beziehung zur eigenen Biographie zeitweilig oder dauerhaft verloren. Die eigene Biographie wird fremd. Herausgearbeitet werden dabei verschiedene Erscheinungsformen des Fremdwerdens der eigenen Biographie. Die Dissoziierung von der eigenen Lebensgeschichte kann schon sehr früh mit der Anhäufung und Entfaltung von Verlaufskurven beginnen. In der psychiatrischen Prozessierung gerät diese Thematik in der Regel nicht in den Blick und wird darüber hinaus u.a. durch die Konfrontation der Patientinnen und Patienten mit übermächtigen Theorien und essentialistischen Zuschreibungen, die deren Selbst betreffen, noch verschärft. Ebenso kann die medikamentöse Behandlung auf folgenreiche Weise Einfluss auf den Alltag und die Lebensgeschichte nehmen (vgl. Riemann 1987, 500f.). Hierzu führt Riemann Aspekte „des Fremdwerdens des Körpers und der Einschränkung bzw. Erweiterung von Freiheitsgraden unter bestimmten Medikamenten“ (Riemann 1987, 502) an. In diesem Zusammenhang sind ferner die Rolle der Medikamente bei der Balancierung und Destabilisierung des Alltags sowie die Bedeutung der Psychopharmaka in der langfristigen Entwicklung der Familienideologie relevant (vgl. Riemann 1987, 502).

Die Auswirkungen der psychiatrischen Prozessierung werden besonders im Strukturmoment „Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werden“ und in den Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie deutlich und werden im Folgenden eingehender dargelegt.

2.2.1 Prozesse des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens

In Riemanns Analyse nimmt das „Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werden“ eine zentrale Stellung ein. In der Darstellung der Verlaufskurven verwendet er diesen Begriff für Erlebnisse psychisch kranker Menschen, die im engen Zusammenhang mit dem Fremdwerden gegenüber oder dem Verlust von Interaktionspartnerinnen und -partnern stehen „und häufig auch damit, daß die Welt insgesamt einen Mißtrauens- oder Unerwartetheitsakzent erhält und

immer mehr dem eigenen Verständnis und Zugriff entzogen wird“ (Riemann 1987, 402). Identifiziert werden dabei sieben Formen des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens.

Viele Betroffene erfahren es als leidvoll und schicksalhaft, anders zu sein. Das Anderssein trennt sie dauerhaft von ihren Interaktionspartnern und schließt sie aus. Im Vordergrund steht das Gefühl von Scham (vgl. Riemann 1987, 402). Die psychiatrische Prozessierung kann ebenfalls Entfremdungsfolgen herbeiführen. In unterschiedlicher Weise hat die eigene psychiatrische Behandlung und Hospitalisierung Konsequenzen für das Fremdwerden gegenüber Interaktionspartnerinnen und -partnern. Häufig entwickeln psychiatrische Patientinnen und Patienten eine große Befangenheit gegenüber realen oder möglichen Interaktionspartnerinnen und -partnern oder die Kontaktknüpfung bzw. der Aufbau von Beziehungen wird vollkommen vermieden (vgl. Riemann 1987, 405). Gravierend für die Interaktionen wird die Einnahme von Psychopharmaka erlebt. Die Betroffenen nehmen an, dass mit ihrem äußerlichen Unterschied eine Entfremdung zwischen ihnen und ihren Interaktionspartnerinnen und -partnern verbunden ist (vgl. Riemann 1987, 405f.).

„Man befürchtet, aufgrund der sichtbaren »Nebenwirkungen« der Medizin (Zittern, Blickkrämpfe, Versteifungen usw.) in unangenehmer Weise aufzufallen (...), oder geht davon aus, sich nach langer Medikamenteneinnahme dauerhaft in seinem Erscheinungsbild verändert zu haben“ (Riemann 1987, 405f., Hervorhebung im Original).

Wenigen Betroffenen gelingt es, diese Befangenheit abzuwerfen. In ihrem Denken dreht sich alles darum, ob sie auffallen, welchen Eindruck sie hinterlassen, ob die anderen merken, dass sie Patient/in der Psychiatrie sind bzw. waren (vgl. Riemann 1987, 406). Unter dem Einfluss von Psychopharmaka kommt es neben dem zuvor genannten Aspekt, dass die Betroffenen sich in den Augen der anderen verändern und aufgrund der Entfremdung von ihnen sich selbst gegenüber fremd werden, auch zum Fremdwerden des eigenen Körpers (vgl. Riemann 1987, 410).

Als „Über-sich-selbst-erschrecken“ bezeichnet Riemann eine weitere Form des Fremdwerdens. Die Betroffenen erkennen sich selbst in ihren Handlungen nicht wieder und sind gezwungen, ihre Person und ihr Verhalten zu reevaluiieren (vgl. Riemann 1987, 407). In dem auf psychiatrische und laienpsychiatrische Sinnressourcen zurückgegriffen wird, wird ein Prozess des „Sich-retrospektiv-fremd-Machens“ erkennbar. Die Konfrontation mit dem Theoriebestand des psychiatrischen Systems führt rückblickend zu einer Umdeutung der eigenen Person bzw. des eigenen Verhaltens, z.B. wird Arbeitsniederlegung in der Retrospektive als pathologisch eingestuft (vgl. Riemann 1987, 407). Dramatische Veränderung des Erlebnisstils ist eine andere Form des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens. Hierunter sind Erlebnisse der Betroffenen gefasst, in denen sie sich selbst, ihre

Interaktionspartnerinnen und -partner und die Welt insgesamt als verändert erfahren, d.h. das plötzliche, schockartige Fremdwerden der Welt und der eigenen Person (vgl. Riemann 1987, 407f.).¹⁷

Abschließend benennt Riemann das Fremdwerden und Entgleiten der Biographie als Erscheinungsform des Sich-selbst-gegenüber-fremd-Werdens. Der Bezug zur eigenen Biographie geht verloren, da mit ihr zu viele Probleme und Undurchsichtigkeiten verbunden sind. Die totale Entfremdung zwischen der/dem Betroffenen und ihrer/seiner Welt drückt sich in einer fremd werdenden Biographie aus (vgl. Riemann 1987, 411) und kann sich in unterschiedlichen Dimensionen der Verlusterfahrungen manifestieren.

2.2.2 Dimensionen der Verlusterfahrungen

In verschiedener Hinsicht spricht Riemann von Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie:

„Man kann z.B. daran gehindert werden bzw. kann darauf verzichten, eine eigene biographische Linie zu entwickeln; man kann vollständig »enteignet« werden; die Biographie kann einem fremd werden (und fremd gemacht werden); es kann zum Verlust von Sinngrundlagen kommen“ (Riemann 1987, 437, Hervorhebung im Original).

In der Auswertung fokussiert Riemann die Auswirkungen der klinischen Prozessierung sowie des psychiatrischen Kategoriensystems auf die prekäre Haltung, die die Betroffenen zu ihrer eigenen Biographie entwickelt haben (vgl. Riemann 1987, 436f.). Schmerzhaftes Erinnerungen an die eigene Vergangenheit können zu einer Vermeidung der Rekapitulation der damit verbundenen traumatischen Erlebnisse führen. Die Haltung zur eigenen Biographie kann auch durch den Verzicht auf die Zuständigkeit für diese gekennzeichnet sein. Die Zuständigkeit für die eigene Biographie wird auf andere übertragen, womit besonders Professionelle und Institutionen gemeint sind (vgl. Riemann 1987, 438; Voigt 2007, 45). Zu weißen Flecken bzw. Lücken in der Biographie kann es kommen, wenn ein bestimmter Ausschnitt der Vergangenheit nicht gedeutet werden kann. Um merkwürdige Ereignisse einzuordnen oder Übergänge zwischen wichtigen Erlebnissen zu plausibilisieren, bieten sich keine Erklärungstheorien an (vgl. Riemann 1987, 439).

¹⁷ Riemann (1987, 407) verweist auf die Begriffe Depersonalisation und Derealisation der psychiatrischen Literatur. Als Depersonalisation wird dabei der psychische Prozess bezeichnet, in dessen Verlauf der Eindruck aufkommt, sich selbst, dem eigenen Bewusstsein fremd gegenüberzustehen. Gefühle und Handlungen vollzögen sich quasi automatisch ohne bewusste Anteilnahme, der eigene Körper bzw. Körperteile gehörten nicht zu einem selbst und/oder die eigenen Bewegungen seien fremdartig bzw. nicht vorhanden. Gelegentlich ist dies mit dem Gefühl verbunden, die bekannten Gegenstände oder Menschen seien ebenfalls fremd und unwirklich (Derealisation) (vgl. Fröhlich 2002, 121).

Sich jede Form biographischer Entwicklung abzusprechen und in einem Zustand der Regungslosigkeit zu verharren, wird durch die Selbstzuschreibung einer essentialistischen¹⁸ Identität möglich (vgl. Riemann 1987, 439). Die Subjektkonstitution unterliegt starren Bedingungen; Identität wird nicht mehr ausgehandelt und in konkreten historischen Situationen aktualisiert. Mit dem Verweis auf eine Fallstudie erklärt Riemann, wie der Betroffene sich jede Entwicklungsmöglichkeit durch die Selbstdefinition, „neu“ zu sein, nimmt (vgl. Riemann 1987, 477). Die Identitätszuschreibung wird zusätzlich abgestützt und verfestigt, indem ein fest gefügtes Vorstellungssystem ausgebildet wird, dessen Kernaussage sich auf die eigene Person bezieht. Wenn der Betroffene „neu“ ist, wird er immer „neu“ sein (vgl. Riemann 1987, 352). Dieses Vorstellungssystem ist idiosynkratisch¹⁹ bzw. „wahnhaft“ (vgl. Riemann 1987, 356). In dem festen Vorstellungsgefüge wird die Umwelt wahrgenommen; es bestimmt das Denken. In sprachlichen Operationen wird dies deutlich. Wenn der Betroffene sich als „neu“ kennzeichnet, meint er damit, dass er – ersichtlich aus einem anderen Kontext – noch nicht einmal mit einer Freundin gegangen ist (vgl. Riemann 1987, 353). Ihm wird es dadurch zeitweilig möglich, von der quälenden argumentativen Auseinandersetzung mit dem negativen Vergleich mit seiner Altersgruppe abzusehen (vgl. Riemann 1987, 439).

Der Aufenthalt in Institutionen kann zur Verschüttung biographischer Phasen führen. Gemeint sind die Schwierigkeiten der Betroffenen, „an einer eigenen *Lebensgeschichte* festzuhalten oder für sich neu zu entdecken, sich nicht darauf reduzieren zu lassen, daß sie eine *Anstaltskarriere* gemacht haben“ (Riemann 1987, 439, Hervorhebungen im Original). Bestimmte Lebensabschnitte werden durch die Prozessierung in Institutionen verschüttet, da die alltäglichen Abläufe und Planungen der Betroffenen von den Zeitabläufen der Institution verdrängt worden sind. Entlastende oder restriktive organisatorische Maßnahmen treten an die Stelle von biographischer Arbeit, das Personal an die von dauerhaften signifikant Anderen (vgl. Riemann 1987, 439f.).

Auch führt die Tatsache, dass die eigene psychiatrische Hospitalisierung vor Interaktionspartnerinnen und -partnern verborgen gehalten wird, zu Verlusterfahrungen im

¹⁸ Tendenz einer essentialistischen Identität, d.h. einer wesensmäßig definierten Identität, ist immer die Ablehnung von Pluralität und Vielfalt. Das Eigene ist höherwertig; es ist „das Richtige im Sinne des einzig und allein Stimmigen und Angemessenen“ (Göschel 1999, 126).

¹⁹ Idiosynkrasie ist eine „allgemeine Bezeichnung für individuelle Eigenschaften des Wahrnehmens, Denkens und Reagierens, die sich durch Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Klassen von Umweltreizen bzw. -gegenständen auszeichnen und sich daher nicht im Rahmen allgemeiner psychophysischer Gesetzmäßigkeiten interpretieren lassen“ (Fröhlich 2002, 234).

Hinblick auf die eigene Biographie. Dieser Teil der Vergangenheit wird für die Herstellung eines Interaktionsprozesses als erschwerend erlebt (vgl. Riemann 1987, 442).

Aufgrund langjähriger psychiatrischer Prozessierung und Kategorisierung besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen aufhören, biographisch auf sich selbst zu reagieren. Die Lebensgeschichte kann nicht mehr entlang einer biographischen Ereigniskette erzählt werden, sondern als chronologische Phasenabfolge. Die Phasen stehen in keinem inneren Zusammenhang und werden durch Anekdoten aufgefüllt. Ein langfristiger Veränderungsprozess der Selbstidentität lässt sich nicht mehr aufspüren (vgl. Riemann 1987, 444).

Durch wiederholte Aufenthalte in der Psychiatrie dringt die psychiatrische Terminologie automatisch in das eigene autobiographische Kategoriensystem ein. Wie bereits eingangs im Kapitel 2.2 erläutert, zielt der professionelle Theoriebestand auf das Selbst der psychiatrischen Patientinnen und Patienten ab, führt zu einer totalen Identifikation sowie einer umfassenden Erklärung des Verhaltens. Die/der Betroffene kann dieser Kategorisierung kaum Widerstand leisten. Über das definitorische Monopol verfügen die Expertinnen und Experten bzw. die Professionellen, bestimmen somit ihre/seine neue gesellschaftliche Rolle und wirken übermächtig (vgl. Illich 1979, 15; Riemann 1987, 446f.). Das Eindringen psychiatrischer Kategorien ins autobiographische Deutungssystem kann im Extremfall zu einer Verwandlung der Lebensgeschichte in eine Naturgeschichte führen. Diese ist der eigenen Kontrolle und dem eigenen Verständnis völlig entzogen. Die Diagnose steht dann für die ganze Person (vgl. Riemann 1987, 448).

Weiterhin kann es im Wahn zu einer Auflösung des narrativen Bezugs auf die eigene Biographie kommen. Die Lebensgeschichte kann von den Betroffenen in der Gesamtheit nicht mehr erzählt werden. Narrative Strukturen werden von argumentativen verdrängt. Der Bezug zur eigenen Gewordenheit ist verloren gegangen. Die Biographie stellt keine kognitive Figur, keine Orientierungsgröße mehr dar. Die Betroffenen verlieren sich permanent in der Verteidigung und Explikation ihrer Einsichten; ihre Erfahrungszusammenhänge sind als solche nicht mehr erzählbar. Ereignisse werden nicht mehr als signifikant im Rahmen der eigenen Biographie wahrgenommen, sondern innerhalb des Wahnsystems gedeutet (vgl. Riemann 1987, 449ff.).

Ist die Vergangenheit völlig problematisch und undurchsichtig geworden, entgleitet der/dem Betroffenen die eigene Biographie vollkommen – ein Aspekt der zunehmenden Entfremdung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Eine fehlende Interaktionsreziprozität prägt

die gesamte autobiographische Erzählung, denn der notwendige Vertrauensvorschuss kann nicht gewährt werden. Die Lebensgeschichte erscheint für die Betroffenen bedrohlich und liegt für sie im Dunkeln bzw. arbeiten sie an deren Verdunklung. Die/der Betroffene wahrt durchgängig Distanz zu den Interaktionspartnerinnen und -partnern (vgl. Riemann 1987, 456).

Den beschriebenen Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie steht die Möglichkeit gegenüber, durch das Erzählen der eigenen Lebensgeschichte eine neue Beziehung zu dieser wiederzugewinnen. Im Zusammenhang mit seiner Feldforschung berichtet Riemann von der befreienden Wirkung des Erzählens (vgl. Riemann 1987, 458, 505). Eine/n Zuhörer/in zu haben, bei der/dem die Betroffenen das eigene Leben Revue passieren lassen konnten, war prägend für die Erzählmotivation. Während des Erzählens entdeckten einige Betroffene lebensgeschichtliche Zusammenhänge, sahen sie in einem anderen Licht oder sprachen erstmalig von Erlebnissen, die sie bislang für nicht mitteilbar gehalten hatten und unter Informationskontrolle hielten. Verschiedentlich wurde ihnen deutlich, dass sie trotz bestimmter Ereignisse zu ihrer eigenen Biographie stehen können (vgl. Riemann 1987, 459; Voigt 2007, 46f.).

Ebenfalls kann sich der Versuch, die Zuständigkeit für die eigene Biographie zu verteidigen bzw. wiederzugewinnen, im Widerstand gegen die psychiatrische Prozessierung äußern. Die Gegenwehr wird z.B. in der Verweigerung einer institutionellen Unterbringung oder einer Medikamenteneinnahme sichtbar (vgl. Riemann 1987, 460ff.). Um keiner gesellschaftlichen Stigmatisierung zu unterliegen, lehnen sich andere Betroffene gegen die psychiatrische Etikettierung auf (vgl. Riemann 1987, 464ff.; Voigt 2007, 47). Die psychiatrische Kategorisierung kann aber auch für biographische Zwecke aktiv genutzt werden, indem z.B. Betroffene mit der Feststellung, man sei zu dem Zeitpunkt nicht man selbst gewesen, sich vor anderen sowie sich selbst entlasten und entschuldigen können (vgl. Riemann 1987, 467).

Einige psychisch kranke Menschen entwickeln eine expertenhafte Haltung gegenüber der eigenen Biographie. Sie werden zur Expertin bzw. zum Experten ihrer eigenen Krankheit. Die psychische Krankheit ist nicht mit Scham assoziiert, sondern wird als interessantes, vielschichtiges und in gewisser Weise bereicherndes Phänomen gesehen, das faszinierenden Gesprächsstoff bietet (vgl. Riemann 1987, 471). Aus langjährigen Psychiatrieerfahrungen entstehen für sie neue Sinnquellen. Die psychiatrischen Theoriebestände werden zu dominanten Selbstkategorien verbunden mit einem gewissen Stolz (vgl. Riemann 1987, 468). Die Betroffenen betrachten sich als Expertinnen und Experten, da sie das Binnenleben einer psychiatrischen Einrichtung selbst erlebt haben und die Wirkweise bestimmter Medikamente

genau kennen. Aus dieser Perspektive entsteht der Anspruch, für andere sprechen zu können. Häufig erkennt die/der Einzelne sich im Selbstzeugnis der anderen und formt in Anlehnung an die Erfahrungen dieser das eigene Selbstzeugnis. Mit der expertenhaften Haltung zur eigenen Biographie können aber bestimmte Gefahren und Verlusterfahrungen verknüpft sein. Riemann weist auf zwei Möglichkeiten hin: (1) Selbsttäuschungstendenzen in der autobiographischen Thematisierung durch Ausrichtung der eigenen Erfahrungen an denen der anderen, die als gemeinsames Wissen ausgegeben werden, (2) Einschränkungen bzw. Verarmung durch die anfangs befreiend wirkende Selbstkategorisierung als Patient/in, die letztlich zu einer Reduktion des gesamten Lebens auf Psychiatrieerfahrungen führen (vgl. Riemann 1987, 472ff.).

Versuche, die Verbindung zur eigenen Biografie aufrechtzuerhalten bzw. wiederzugewinnen, können sich ebenso in wenig drastischer Weise äußern. Einige Formen biographischer Arbeit sind durch die Hinorientierung auf die Vergangenheit gekennzeichnet. Sie lassen sich nicht als Widerstand gegen die psychiatrische Prozessierung deuten. Die Betroffenen haben keine große Hoffnung, an der eigenen Situation grundlegend etwas ändern zu können, sondern wollen etwas bewahren (vgl. Riemann 1987, 475). Ferner kann das wahnhaftes Vorstellungssystem eine eben solche biographieerhaltende Funktion haben. In diesem Fall trennt das Wahnsystem die Betroffenen nicht von ihrer bisherigen Lebensgeschichte, vielmehr dient es als Orientierungssystem und ermöglicht die Fortführung der eigenen biographischen Linie (vgl. Riemann 1987, 476f.).

Durch die Analyse narrativer Interviews erörtert Riemann biographische Veränderungen und Wandlungen der Identität von psychisch kranken Menschen, die im psychiatrischen Versorgungssystem hospitalisiert wurden. Die Psychiatriepatientinnen und -patienten entwickeln Interpretationsmuster, die auch biographisch entstandene Formen der Identitätsentwicklung und Selbstbewertung enthalten (vgl. Mayring et al. 1987, 272). Anhand seiner Studie zeigt sich, dass Aufenthalte in psychiatrischen Institutionen eine Verunsicherung der Betroffenen gegenüber ihrer Identität und ein Fremdwerden der eigenen Biographie nach sich ziehen können (vgl. Voigt 2007, 47). Die Entfremdung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt kommt in den verschiedenen dargelegten Erscheinungsformen zum Ausdruck und führt in Folge zu unterschiedlichen Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie. Auf gravierende Weise beeinflusst der institutionelle Rahmen die Fähigkeit zu autonomer Lebenspraxis und zerstört biographische Potentiale als Wissensbasis zur Aneignung von Hilfeleistungen (vgl. Hanses 2003, 35). Unterdessen können narrative

Interviews – wie gerade aufgezeigt – den positiven Nebeneffekt haben, dass psychisch kranke Menschen, die den Bezug zu ihrer Lebensgeschichte verloren hatten, durch das autobiographische Erzählen wieder eine Beziehung zu ihrer eigenen Biographie aufbauen können (vgl. Voigt 2007, 47).

2.3 Zusammenfassung

Gesellschaftliche Strukturen stehen den Handlungen der Individuen nicht gegenüber; sie fließen in die Handlungen ein, wie auch die Handlungen sozialer Akteure Strukturen schaffen. Die Arbeiten von Goffman und Riemann betonen die Verzahnung subjektiver und gesellschaftlich-struktureller Anteile. Sie nehmen die Wechselwirkungen zwischen psychisch kranken Menschen und den Institutionen der psychiatrischen Versorgung in den Blick.

Psychisch kranke Menschen sind im psychiatrischen Hilfesystem mit der Übermacht der Institution konfrontiert, gegenüber der sie nicht indifferent bleiben können. Die professionellen Theoriebestände zielen auf ihr eigenes Selbst ab und haben folgenreichen Einfluss auf ihre Identität. Beim Eintritt in das psychiatrische Versorgungssystem verlieren die Betroffenen die Kontrolle über ihre eigenen Lebensumstände. Institutionelle Regeln bestimmen ihr Leben. Sie werden aus ihrem Alltag, aus ihrer Lebenswelt entbunden und sind gezwungen, sich mit professionellen Identitäts- und Wirklichkeitsbeschreibungen auseinanderzusetzen. Die institutionellen Strukturen sind von Machtausübung gekennzeichnet; das Verhältnis zwischen Professionellen und psychisch kranken Menschen ist hierbei von Asymmetrie geprägt. Die Mechanismen der Macht, z.B. Eindringen in die Privatsphäre, Verlust der Rückzugsmöglichkeit, Aufhebung der freien Wahl des sozialen Umgangs, haben eine Veränderung der Identität zur Folge. Nicht die psychische Erkrankung bedingt diese Veränderungen sondern die Macht gesellschaftlicher Kräfte. Entfremdung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt und damit einhergehende Selbstentfremdung sind das Ergebnis. Durch den Verlust biographischer Handlungsschemata wird die Fähigkeit zur autonomen Handlung und damit ein selbstbestimmtes Leben – das Ziel jeder psychiatrischen Intervention überhaupt – eingeschränkt.

Inwieweit diese Erkenntnisse in der heutigen psychiatrischen Versorgungslandschaft Berücksichtigung finden, wird im nächsten Kapitel beleuchtet, indem die Entwicklungen der vergangenen Jahre sowie der Forschungsstand dargelegt werden.

3. Entwicklungs- und Forschungsstand

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung wird in den letzten Jahren zunehmend eine Reinstitutionalisierung psychisch kranker Menschen beklagt. Die Enthospitalisierung aus psychiatrischen Kliniken war lediglich zum beträchtlichen Teil eine Umhospitalisierung in Heime (vgl. Cranach 2000, 59ff.). Über den heutigen Stand und die Entwicklung der Angebote im Komplementärbereich sind die Informationen äußerst lückenhaft. Die Angaben der einzelnen Bundesländer bieten hierzu nur einen groben Überblick, da sich hinter den gleich bezeichneten Hilfen häufig eine große Vielfalt von Angeboten mit unterschiedlicher Ausstattung und Arbeitsweise verbirgt. Die Daten belegen dennoch, dass seit der Psychiatrie-Enquete 1975 eine Angebotsvielfalt entstanden ist und strukturelle Entwicklungen, wie der nachhaltige Ausbau ambulanter Hilfen im Bereich Wohnen, stattgefunden haben. Insgesamt dominiert aber weiterhin der stationäre Bereich (vgl. Brill 2000, 4f.). In den letzten Jahrzehnten ist der Heimsektor für chronisch psychisch kranke Menschen erheblich gewachsen. Ende 2005 gab es fast 48000 Plätze in Wohnheimen für psychisch kranke und suchtkranke Personen. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder kommt insgesamt zu einer Schätzung von ca. 86000 Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen erhalten, und mindestens 8300 psychisch kranken oder suchtkranken Menschen, die in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI leben (vgl. Wienberg 2008, 3). Nur in einigen Ländern liegt die Mehrheit der Plätze in der ambulanten Versorgung, besonders deutlich ist dies in Berlin, Bremen, Hessen und Sachsen. Allerdings weisen Berlin und Bremen bei den Angaben zu stationären Wohnplätzen ausdrücklich darauf hin, dass nur Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe und keine Einrichtungen nach SGB XI enthalten sind (vgl. Brill 2000, 5). Die Bedeutung dieses Aspekts greift die aktuelle Studie von Vock et al. (2007a, 399ff.) auf. Viele psychisch kranke Menschen aus Berlin kommen dauerhaft in Alten- und Pflegeheime, obwohl es gerade in Berlin eine gute ambulante Versorgungsstruktur gibt. Die Anzeichen sprechen dafür, dass mehr chronisch psychisch kranke Berliner Bürger/innen dauerhaft in Heimen untergebracht sind als im Rahmen der gemeindenahen ambulanten Versorgung der Eingliederungshilfe betreut werden. Für den Bereich der Eingliederungshilfe werden regionale Steuerungsgremien beschrieben, welche gänzlich für den Bereich der Pflegeversicherung fehlen, d.h. für die meisten Bereiche der stationären Versorgung in Heimen.

„Ob jemand in ein Heim gelangt, wird meist über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden und ist abhängig von Umständen, die eher mit Problemen des Versorgungssystems oder einzelnen Institutionen als mit dem Betreuten selber zu tun haben“ (Vock et al. 2007b, 37).

Hinsichtlich der Zukunft der Patientinnen und Patienten ist die Meinung des Personals entscheidender als deren eigene Vorstellungen (vgl. Fengler/Fengler 1994, 365). Beobachtungen des Personals sind dabei besonders darauf gerichtet, ob die Patientinnen und Patienten nach der Krankenhausentlassung in ihrer gewohnten Umwelt zurechtkommen werden oder ein Leben in einem Wohnheim angebracht ist. Durch die Auswahl eines am meisten geeigneten Schutzraums soll eine erneute Einweisung möglichst verhindert werden (vgl. Fengler/Fengler 1994, 335).

In Heimen werden zumeist psychisch kranke Menschen untergebracht, die von den Professionellen (Mitarbeiter/innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren, Sozialarbeiter/innen in psychiatrischen klinischen Abteilungen) als die „Schwierigsten“ betitelt werden, d.h. Menschen mit ausgeprägtem sozial abweichendem Verhalten. Die Angemessenheit einer Heimunterbringung ist dabei im Wesentlichen keine fachliche Frage, z.B. im Sinne der Indikation einer therapeutischen Maßnahme, sondern entsteht häufig aus der Überforderung des Versorgungssystems an sich. Erklärungen sind manchmal der Mangel an adäquaten Angeboten zur rechten Zeit, dann wieder problematische Verhaltenweisen der Patientinnen und Patienten. Chronisch psychisch kranke Menschen, die die Anpassungsleistung an das bestehende System nicht vollbringen („Die von Heim zu Heim Geschickten“, „Die Umhospitalisierten“, „Die von den Bezirken Abgewiesenen“), werden zumeist in Pflegeheimen untergebracht, denn hier werden nach Ansicht der betreuenden Personen deren Verhaltensweisen am ehesten toleriert und sie können dort am umfassendsten betreut werden. In einer Befragung der Heimleiter/innen ist aber wiederum festzustellen, dass gerade diese verhaltensauffälligen Menschen z.T. eben genau die Anpassungsleistung vollbringen, die ihnen zuvor aberkannt wurde. Gemäß deren Erfahrung würden die chronisch psychisch kranken Menschen nach einer gewissen Eingewöhnungsphase den Heimaufenthalt akzeptieren, fortan gerne in der Einrichtung leben und nicht mehr den Wunsch nach einem Leben außerhalb äußern (vgl. Vock et al. 2007a, 104ff.).

Demgegenüber gewinnt die subjektive Sichtweise psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen innerhalb der sozialpsychiatrischen Forschung zunehmend an Einfluss. Wichtige Impulse setzen dabei die Selbsthilfebewegung der Angehörigen psychisch Kranker als auch die Betroffenen selbst. Eingang findet die Perspektive der von der Krankheit unmittelbar Betroffenen in der Outcomeforschung, da die objektiven Beurteilungskriterien Psychopathologie und soziale Adaption nicht länger ausreichen und um die Ebene der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität ergänzt werden. In Untersuchungen zur

Qualitätssicherung psychiatrischer Dienstleistungen kommt – neben der Ergebnisqualität – der Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität der Behandlung durch die psychisch kranken Menschen selbst eine größere Bedeutung zu. Hingegen gibt es kaum Studien, die sich mit den psychosozialen Bedingungsfaktoren der Entstehung und des Verlaufs psychischer Erkrankungen beschäftigen. Ferner sind Arbeiten, in denen psychisch kranke Menschen zu ihrer Lebensqualität befragt werden, weiterhin unterrepräsentiert (vgl. Hantikainen et al. 2001, 107; Holzinger/Angermeyer 2003, 427f.) und bleiben häufig im biomedizinischen Paradigma verhaftet.

In unterschiedlichen wissenschaftlichen Studien, die sich mit der Einschätzung von psychopathologischen Symptomen beschäftigen, bleiben die psychosozialen Einflussfaktoren nach wie vor unreflektiert. Hierbei allerdings in verdeckter Form. Beispielhaft dafür steht folgendes Ergebnis:

„Mit den stärksten psychopathologischen Symptomausprägungen (PANSS) imponieren die Patienten des psychiatrischen Pflegeheims, deren Gruppenmittelwert sich in allen Skalen signifikant von den anderen Gruppen unterscheidet, gefolgt von den Klienten der sozialtherapeutischen Wohnheime und des ambulant betreuten Wohnens“ (Leiß/Kallert 2001, 13).

Ähnliches konstatieren die Forscher/innen für die Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus (vgl. Leiß/Kallert 2001, 13). In der Diskussion nehmen Leiß/Kallert zwar Bezug auf die zuvor beschriebene Psychopathologie, indem sie anhand derer die Unterbringung in der gewählten Wohnform begründen, stellen aber keinerlei Zusammenhang zu deren Entstehung im sozialen Kontext her (vgl. Leiß/Kallert 2001, 15). Pathologische Symptome bzw. störende Verhaltensweisen werden in erster Linie der psychischen Erkrankung zugeschrieben und damit ein biomedizinisches Erklärungsmuster verfolgt. Dieses Paradigma prägt bis heute die professionelle Pflegepraxis, wie im Rahmen der Untersuchung von Vock et al. (2007a, 333) in der Sichtweise von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines psychiatrisch spezialisierten Pflegeheims auf das Verhalten der Bewohner/innen deutlich wird. Die unerwünschten, störenden Verhaltensweisen werden als maßgeblich von der Krankheit beeinflusst eingeschätzt, Überlegungen zu situations- und/oder kommunikationsgebundenen Einflussfaktoren bleiben eher aus.

Dennoch findet die subjektive Zufriedenheit auch in Untersuchungen zu psychopathologischen Symptomen psychisch kranker Menschen Eingang. Bei mit der Familie lebenden chronisch psychisch kranken Personen ist die subjektive Zufriedenheit am höchsten, die Bewohner/innen eines psychiatrischen Pflegeheims sind am wenigsten zufrieden (vgl. Leiß/Kallert 2001, 16). Daneben gibt es einige Untersuchungen, die sich mit der Lebensqualität chronisch psychisch kranker Menschen ebenso aus der subjektiven Sicht der

Betroffenen befassen. Grundlage dieser sind zumeist standardisierte Fragebogenerhebungen (vgl. Frowein 2005, 154ff.; Hantikainen et al. 2001, 106ff.; Jähnel et al. 2007, 136f.). Der subjektiven Einschätzung der persönlichen Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen bzw. der Lebensqualität wird eine bedeutende Rolle zugeschrieben, da sie

„unter Berücksichtigung persönlicher Werte und Ziele vorgenommen [wird], die durch biographische, kulturelle, alters- und geschlechtsspezifische und behinderungsbedingte Aspekte sowie Persönlichkeitsmerkmale und die aktuelle Lebenssituation geprägt sind“ (Frowein 2005, 156, Einschub N.D.).

Durch einen Umzug von einem stationären in einen ambulanten Wohnbereich verbessert sich die subjektive Lebensqualität und es kommt zu einer deutlichen Abnahme im Hilfebedarf. Die Verbesserung äußert sich vor allem in der Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Insgesamt werden alle Lebensbereiche als positiv verändert erlebt. Besonders die psychische Lebensqualität wird hoch beurteilt (vgl. Jähnel et al. 2007, 137). Hantikainen et al. (2001, 114) beschreiben einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Heimaufenthaltes und der Höhe des Lebensqualitätswerts. Längere Aufenthaltsdauer im Heim führt zu höheren Lebensqualitätswerten. Personen mit kürzeren Heimaufenthaltsdauern bewerten die Bereiche Autonomie, Arbeitssituation und Sinnfindung schlechter als die Befragten mit einer längeren Aufenthaltsdauer. Erklärung hierfür könnte eine bessere Vertrautheit und Anpassung sowie evtl. ein höherer Selbstorganisationsgrad mit längerer Aufenthaltsdauer sein, ferner ebenso eine Anpassung des Anspruchs- und Erwartungsniveaus der erreichbaren Realität mit zunehmender Aufenthaltsdauer, d.h. das Niveau wird ggf. nach unten korrigiert. Diese beiden denkbaren Interpretationswege finden aber im Weiteren keine nähere Betrachtung durch die Autorinnen und Autoren.

Auf das Leben in einer stationären Wohneinrichtung bezogen, konstatiert Zechert (2003, 8), dass Heimbewohner/innen einen großen Wunsch nach Normalität haben. Es besteht ein Grundwiderspruch zwischen dem Wunsch nach privatem Wohnen und der faktischen Unterbringung in einem Heim. Wahrgenommen werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern viele Einschränkungen, wenn es um das Wohnen in einer vollstationären Einrichtung geht:

- Für 72% gab es keine Alternative zum Leben im Heim.
- 62% suchten sich das Heim, in dem sie leben, nicht selbst aus.
- 60% wollen privat und nicht in einer Institution wohnen.
- 60% nehmen Medikamente ein, auch wenn sie es ablehnen.
- 47% befürchten Sanktionen, wenn sie keine Medikamente nehmen.
- 49% können keine Partner/innen bei sich übernachten lassen.

– 40% teilen sich ein Zimmer ohne Partnerschaft (vgl. Zechert 2003, 8).

Aus detaillierten Fallstudien, die ebenfalls in die Untersuchung von Vock et al. (2007a, 314ff.) einfließen, wird das Verhalten von chronisch psychisch kranken Menschen in Wohnheimen deutlich. Einige begehren gegen die Bedingungen im Heim auf und andere wiederum reduzieren ihre Ansprüche so weit, dass sie diese hinnehmen und u.U. Ängste vor jeglicher Veränderung entwickeln.

Nach dieser Darstellung der Lebenswelt Heim liegt die Zuschreibung „totale Institution“ nahe. Eine Untersuchung des Aspekts in Bezug auf Wohnheime für psychisch kranke Menschen liegt zurzeit nicht vor. Unter Rückgriff auf die Analyse von Altenheimstrukturen von Heinzelmann (2004) kann die Annahme jedoch z.T. bestätigt werden. Gegenwärtige Heime weisen weiterhin Elemente totaler Institution auf, wie die Zusammenfassung des gesamten Alltags an einem Ort, die Gleichbehandlung aller Bewohner/innen, die Trennung in Personal und Bewohner/innen sowie die Kontrollmöglichkeiten der ersteren (Heinzelmann 2004, 245). Heinzelmann definiert Altenheime allerdings als „Pseudo-Totale Institutionen“ (Heinzelmann 2004, 222), denn sie unterscheiden sich auch in wesentlichen Punkten vom Goffmanschen Bezugsrahmen. Beispielhaft hierfür ist, dass die Altenheimbewohner/innen über relativ viel Zeit zur individuellen Gestaltung verfügen (vgl. Heinzelmann 2004, 228).²⁰

Insgesamt stellt sich die Frage, warum das System trotz dieser Schwächen und Restriktionen so gut funktioniert. Nach Zechert (2003, 9) müssen Einflüsse am Werke sein, die nicht gut sichtbar aber durchschlagend sind. Teil der wirklichen Substanz des Heims sind seiner Meinung nach: Bindung, Zuverlässigkeit und Kommunikation. Heime sind zwar „totale Organisationen“, das ist aber eben auch das Gute an ihnen. Sie bieten alles, was der Mensch als soziales Wesen braucht (vgl. Zechert 2003, 9).

²⁰ In ihrer umfassenden ethnologischen Studie zum Binnenleben eines Pflegeheims weist Koch-Straube das Heim als „gemäßigte totale Institution“ aus. Nach dieser Analyse finden sich erhebliche Übereinstimmungen mit den von Goffman aufgestellten Aspekten, allerdings sind die Spielräume aufgrund der größeren Heterogenität der Bewohner/innen und der vorherrschenden Uneinigkeit der Organisationsziele größer (vgl. Koch-Straube 1997, 343ff.; Koch-Straube 2005, 214).

4. Methodologische Grundannahmen der Untersuchung

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel zum derzeitigen Forschungsstand ersichtlich wird, sind Untersuchungen zur subjektiven Perspektive psychisch kranker Menschen besonders in Bezug auf die Lebenswelt Wohnheim unterrepräsentiert. Ein Zusammenhang zwischen der stationären Wohnumgebung bzw. der Dauer des Heimaufenthalts und der subjektiven Lebensqualität wird konstatiert, allerdings bleiben die psychosozialen Einflussfaktoren innerhalb der standardisierten Fragebogenerhebungen unbeleuchtet.

Die Erfahrungen, denen das Individuum Bedeutung zumisst, entwickeln sich aus dem Lebenskontext, der Beziehungsmatrix zwischen Mensch und Umwelt. Grundsätzlich ist demnach ein qualitativer Forschungsrahmen sinnvoll, um gesellschaftliche Wirk- und Veränderungsprozesse aufzudecken (vgl. Liehr/Taft Marcus 2005, 219f.). Während deduktive Überprüfung theoretischer Annahmen Ziel der quantitativen Forschung ist, um allgemeine Aussagen zu treffen und Gesetzmäßigkeiten daraus abzuleiten, verfolgt die qualitative Forschungs-ausrichtung den Anspruch, die Phänomene des menschlichen Erlebens von innen heraus aus der Perspektive des handelnden Subjekts zu erfahren. Qualitative Forschung ist verständnis- und erklärungsorientiert (vgl. Flick 2005, 48f.; Flick et al. 2005a, 14; Mayer 2003, 64ff.).

Neben Offenheit, Forschung als Kommunikation, Explikation und Flexibilität sind der Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand sowie die Reflexivität von Gegenstand und Analyse wesentliche Prinzipien qualitativer Sozialforschung. Im Gegensatz zu der selektiven, quantitativen Vorgehensweise wird in der qualitativen Forschung mit dem Hypothesen generierenden Verfahren die Explorationsfunktion betont. Empirische Forschung wird vor allem als Kommunikation und Interaktion zwischen Forscher/in und Probandinnen und Probanden gedacht. Die Annahme – Forschungsprozess als Kommunikationsprozess – impliziert ebenfalls die Prozesshaftigkeit sozialer Phänomene. Die Aussagen und Verhaltensweisen der Untersuchten sind keine statischen Darstellungen eines unveränderlichen Wirkungszusammenhangs. Jede Bedeutung verweist reflexiv auf alle Bedeutungen und setzt das Verständnis des Kontexts voraus. Sinnkonstitution und Sinnverstehen sind zirkulär. Die Zirkularität bzw. Reflexivität des Gegenstands entspricht der Zirkularität der Verstehensleistung. Der gesamte Forschungsprozess ist flexibel zu gestalten, um sich an veränderte Bedingungen und Konstellationen anzupassen. Um die Nachvollziehbarkeit der Interpretation und damit die Intersubjektivität der

Forschungsergebnisse zu ermöglichen, sollen die Einzelschritte des Untersuchungsprozesses expliziert werden (vgl. Lamnek 1993, 21ff.; Lamnek 2005, 20ff.).

Mit der vorliegenden Studie wird eine gegenstandsnahe Erfassung der Wirklichkeit mit dem Einfluss der institutionellen Lebensbedingungen auf die Persönlichkeit der Bewohner/innen angestrebt, wobei die Analyse der einzelnen Fälle der Exploration der Wirkungszusammenhänge dienen soll. Über ihre Sicht auf ein bestimmtes Phänomen konstruieren die Subjekte einen Ausschnitt ihrer Wirklichkeit. Grundlage ist dabei zunächst die einzelne subjektive Perspektive, bevor andere Fälle vergleichend herangezogen werden (vgl. Flick 2005, 49). Zum Analyseinstrument sozialer Welten wird die Rekonstruktion des subjektiven Sinns, den Individuen mit Erfahrungen und Ereignissen verbinden. Subjektivität, Erfahrung und Struktur sind das Ergebnis dialogischer Prozesse (vgl. Denzin 2005, 138). Dieser empirische Ansatzpunkt bezieht sich somit vor allem auf die Tradition des symbolischen Interaktionismus (vgl. Flick 2005, 34ff.). Aus dem Prozess sozialer Interaktion heraus wird individuelles Verhalten und Bewusstsein erklärt, da dieses menschliches Verhalten formt und bildet (vgl. Bislér 2007, 305; Blumer 2004, 328). Die Bewohner/innen und die Bedeutungen, die das Leben im Wohnheim für sie hat, bilden den Ausgangspunkt der interaktionistischen Forschungsperspektive. Aus deren subjektiver Sichtweise soll der Einfluss der institutionellen Lebensbedingungen erschlossen werden (vgl. Flick 2005, 47).

5. Durchführung der Untersuchung

Auf Grundlage der gewählten qualitativen Forschungsperspektive werden im Folgenden die methodischen Auswahlentscheidungen bezüglich der Datenerhebung sowie deren Auswertung begründet, ferner der Zugang zum Untersuchungsfeld und die Auswahl des Samples dargelegt. Der zuvor gesetzte theoretische Bezugsrahmen (siehe Kap. 2) dient dabei lediglich als Leitfaden, d.h. dem vorläufigen Verständnis des untersuchten Gegenstands. Zunächst aber wird Bezug auf die ethischen Erwägungen zur vorliegenden Studie genommen, um dem sensitiven Forschungsfeld Rechnung zu tragen.

5.1 Ethische Überlegungen

Qualitative Forschung bedarf besonderer Sensibilität, da sie die Lebenswelt von innen heraus aus der Sicht des handelnden Menschen beschreibt. Unter Umständen sind Würde, Selbstbestimmung und Interessen der Person durch die subjektbezogenen Vorgehensweisen berührt (vgl. Flick et al. 2005a, 14; Flick et al. 2005b, 588). Im speziellen Maße erfordern Forschungsvorhaben mit vulnerablen Personen wie psychisch kranken Menschen Berücksichtigung forschungsethischer Fragen (vgl. Hantikainen et al. 2001, 109; Schnell/Heinritz 2006, 43). Als grundlegende ethische Prinzipien gelten Achtung der Person, Wohlwollen und Gerechtigkeit (vgl. Jackson 1996, 358). Der generelle Ausschluss psychisch kranker Menschen von Untersuchungen ist demnach eine Verletzung des Grundsatzes Gerechtigkeit und hat eine neuerliche Infantilisierung, Bevormundung und Stigmatisierung zur Folge (vgl. Hantikainen et al. 2001, 109). Es sind also Bedingungen zu schaffen, die diesen Personen eine Untersuchungsteilnahme ermöglichen. Im Fokus steht dabei die Beurteilung der individuellen Vulnerabilität. Dem Prinzip der informierten Einwilligung wird mit der freiwilligen Beteiligung auf Grundlage einer angemessenen Information über Ziele und Methoden des Forschungsvorhabens Sorge getragen. Um die Forschungsergebnisse nicht zu verzerren, werden die Forschungsziele zunächst teilweise verschwiegen und zu einem späteren Zeitpunkt benannt. Alle Probandinnen und Probanden sind in der Lage, Ziel, Zweck und Folgen der Mitwirkung zu erkennen und abzuschätzen (vgl. Hopf 2005, 591f.; Schnell/Heinritz 2006, 45f., 83).

Menschen in Heimen können bei der Beantwortung von Forschungsfragen Sanktionen von der Institution, in der sie leben und von der sie abhängig sind, befürchten (vgl. Schnell/Heinritz 2006, 45ff.). Daher wurden die Heimleitung sowie die Pflegedienstleitung

des betreffenden Wohnheims über das Forschungsvorhaben in Kenntnis gesetzt und um Zusammenarbeit gebeten.

Die Bewohner/innen wurden persönlich von der Forscherin über die geplante Studie informiert, wobei im Anschluss die an einer Teilnahme interessierten Personen die Informationen in schriftlicher Form zusammengefasst erhielten. Über die Heim- bzw. Pflegedienstleitung der Wohneinrichtung wurde den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern ebenfalls die schriftliche Information für die Mitwirkenden der pflegewissenschaftlichen Studie (siehe Materialanhang) zugesendet, um stellvertretend eine informierte Zustimmung zu geben oder abzulehnen. Den Probandinnen und Probanden wurde weiterhin Vertraulichkeit und Anonymisierung zugesichert, die in einer schriftlichen Einwilligungserklärung (siehe Materialanhang) festgehalten wird.

Da sich allerdings mit definitiver Sicherheit nicht vorhersagen lässt, inwieweit die Befragung die Bewohner/innen tatsächlich belastet oder nicht belastet, stellt die Forscherin sich darauf ein, dass die Probandinnen und Probanden Traumatisches berichten und dadurch wiederum retraumatisiert werden könnten. In diesen Fällen stellt die Einrichtung Hilfemaßnahmen zur Verfügung (vgl. Schnell/Heinritz 2006, 47).

5.2 Datenerhebung

In der vorliegenden Studie sollte ein Verfahren der qualitativen Sozialforschung zur Anwendung kommen, das einerseits Kommunikation und Interaktion zwischen Forscherin und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern ermöglichte und andererseits sensitiv genug war, den Fähigkeiten der chronisch psychisch kranken Menschen zu begegnen (vgl. Lamnek 1993, 23; Miklantz et al. 2005, 84). In Anbetracht dieser Überlegungen stellte sich das halbstrukturierte Interview als geeignetes Verfahren dar, das auf einem Interviewleitfaden mit offenen Fragen basiert. Als Kompromiss zwischen strukturierten und offenen Interviews dienen halbstrukturierte Interviews der möglichst ganzheitlichen und authentischen Erfassung spezifischer Situationen, Ereignisse und Entwicklungen ausgehend von deren Repräsentanz im subjektiven Erleben der Gesprächspartner. Hierbei sind in Form eines Interviewleitfadens thematische Bereiche und prototypische Fragen vorgegeben, die je nach Verlauf der Interviews ergänzt und ggf. modifiziert werden (vgl. Kruse/Schmitt 1999, 162). Im Vordergrund steht die Konzeptgenerierung durch die/den Befragte/n, wobei ein bereits bestehendes wissenschaftliches Konzept durch die Äußerungen der/des Erzählenden evtl. abgewandelt wird (vgl. Lamnek 1995, 74).

Der Leitfaden ermöglichte eine thematische Fokussierung auf das Forschungsinteresse bzw. die Forschungsfrage. Er stellt sicher, dass die die Forscherin interessierenden Fragen angesprochen werden, und gestattet zugleich die Anpassung an die von den Befragten gesetzten Schwerpunkte (vgl. Darmann 2000a, 63). Die Zusammenstellung des Interviewleitfadens (siehe Materialanhang) erfolgte anhand des Studiums der Theorie- und Forschungsliteratur, wobei die relevanten Aspekte des Problembereichs herausgefiltert, verknüpft und verdichtet wurden (vgl. Lamnek 1995, 75). Es wurden Erzählaufforderungen sowie offene Fragen eingesetzt. Einzelne Themenkomplexe wurden jeweils durch eine Aufforderung eingeleitet, damit die/der Befragte möglichst ausführlich, erzählend, von sich aus frei gestaltend, Stellung nehmen konnte (vgl. Lamnek 2005, 340). Um unter Umständen einem stockenden Gesprächsfluss eine Wendung zu geben, wurden ergänzend offene Fragen zu den einzelnen Themenbereichen formuliert. Hierbei können die Probandinnen und Probanden ebenfalls die Antworten in den von ihnen gebrauchten Formulierungen selbst strukturieren und ihre Bedeutungs-strukturierungen zum Ausdruck bringen (vgl. Darmann 2000a, 63; Lamnek 2005, 345). Das thematische Interesse des Interviewleitfadens richtete sich auf:

- Erlebnisse im psychiatrischen Versorgungssystem
- Veränderungen im Leben durch die psychische Erkrankung und den Einzug ins Wohnheim
- Erfahrungen in der Lebenswelt Wohnheim
- Zukunftswünsche

Im Interview wurden die konkreten Einzelfragen des Leitfadens sowohl in Wortlaut als auch in Reihenfolge flexibel an die jeweils bestehende Kommunikationssituation angepasst. Zusätzlich wurden ggf. zum Verständnis notwendige Ergänzungs- und Erläuterungsfragen gestellt (vgl. Kruse/Schmitt 1999, 162). Ein weicher Kommunikationsstil sollte weiterhin den Erzählfluss fördern (vgl. Lamnek 1995, 57).

Die Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern fanden in einem separaten Besprechungsraum des Wohnheims statt. Die Interviewsituation wurde durch die vorherigen Besuche der Forscherin in der Einrichtung begünstigt. Die Bewohner/innen begegneten der Person der Forscherin mit großem Interesse und über deren Aufenthalte in den Gemeinschaftsbereichen hatte sich bereits ein Vertrauensverhältnis entwickelt. Die Interviews wurden von der Verfasserin dieser Arbeit im Juli 2009 geführt und mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Sie dauerten 38 bis 57 Minuten. Die Gesprächszeit war

insgesamt durch ein kurzes Vorgespräch und ein längeres Nachgespräch ca. 45 Minuten länger als die Tonbandaufzeichnung. Alle interviewten Bewohner/innen wurden einleitend nochmals auf die Hintergründe des Interviews, die Vertraulichkeit und die Anonymisierung aller persönlichen Daten hingewiesen. Biographische und klinisch relevante Daten wurden im Vorgespräch mit den Interviewten bzw. durch ein Gespräch mit der Pflegedienstleitung nach den geführten Interviews ergänzt.

5.3 Feldzugang und Sample

Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich in einem Wohnheim im Land Niedersachsen, in dem erwachsene Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen leben. Die Einrichtung liegt in einem Ort mit ca. 1200 Einwohnerinnen und Einwohnern in einer ländlichen Umgebung. Der Ortskern ist etwa zwei Kilometer vom Wohnheim entfernt. Das Wohnheim umfasst zwei stationäre Bereiche: (1) Den Bereich nach SGB XI „Pflegeversicherung“ mit 60 Plätzen in Einzel- oder Doppelzimmern und (2) den Bereich nach SGB XII „Eingliederungshilfe“ mit 22 Plätzen in Einzelzimmern. Im Pflegebereich haben die Bewohner/innen ein Durchschnittsalter von 67 Jahren, im Bereich der Eingliederungshilfe beträgt dies 45 Jahre. Das Geschlechterverhältnis in beiden Bereichen stellt sich als relativ ausgewogen dar. Im Bereich der Eingliederungshilfe leben 65% Männer und 35% Frauen, im Pflegebereich sind es jeweils 50%.

Der erste Kontakt zu dem Wohnheim wurde von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen hergestellt. Im August 2007 fand ein gemeinsamer Besuch dieser Einrichtung statt. In einem Gespräch bekundeten Heim- und Pflegedienstleitung Interesse an der Zusammenarbeit mit der Forscherin im Rahmen ihrer Diplomarbeit. Das Hauptaugenmerk sollte dabei auf der Perspektive der Bewohner/innen liegen. Nach ausführlicher Literaturrecherche erfolgte im Mai 2009 neuerliche Kontaktaufnahme zur Pflegedienstleitung. In einem folgenden persönlichen Treffen wurden Heim- und Pflegedienstleitung, die sich weiterhin kooperativ und aufgeschlossen zeigten, über das Forschungsvorhaben informiert. Sie stellten im Anschluss den Kontakt zu den Bewohnern her. Das Untersuchungskonzept wurde einer Bewohnergruppe von ca. 15 Personen vorgestellt. Die Auswahlkriterien für die Studienteilnehmer/innen waren dabei:

- lebten in der zuvor beschriebenen stationären Wohneinrichtung
- hatten eine diagnostizierte psychische Erkrankung

- verfügten über verbale Kommunikationsfähigkeit
- waren zeitlich und örtlich orientiert
- waren motiviert und fähig an einem Interview teilzunehmen
- waren in einer physischen und psychischen Verfassung, um an einem sechzigminütigen Gespräch teilzunehmen

Bereits während der Vorstellung äußerten spontan vier Bewohner/innen ihre Bereitschaft zur Teilnahme und zwei weitere zeigten Interesse. Alle interessierten Bewohner/innen erhielten das schriftliche Informationsmaterial. Über die Heim- und Pflegedienstleitung wurden die gesetzlichen Betreuer/innen der betreffenden Bewohner/innen ebenfalls informiert und gaben jeweils schriftlich ihre Zustimmung zu der Interviewteilnahme, welche dann Anfang Juli vorlagen. Interviewtermine wurden während eines weiteren Besuchs im Wohnheim vereinbart. Insgesamt nahmen fünf Bewohner/innen an der Untersuchung teil, da eine zuvor interessierte Bewohnerin einer Teilnahme schlussendlich skeptisch gegenüber stand.

Eine gezielte Erhebung nach möglichst unterschiedlichen Fällen (vgl. Haber 2005, 388f.; Flick 2005, 109) war nicht durchführbar, da die Forscherin einerseits bei der Auswahl der Probandinnen und Probanden der Einschätzung der Professionellen folgte, um eine mögliche Schädigung der Interviewpartner/innen weitestgehend auszuschließen, und andererseits auf die freiwillige Mitarbeit der Bewohner/innen angewiesen war. Es können dennoch Variationen festgestellt werden.

Zwei der fünf Interviewpartner/innen waren weiblich, drei männlich. Sie waren im Alter von 37 bis 68 Jahren, ledig, geschieden sowie verwitwet, mit und ohne Kinder. Drei der befragten Bewohner/innen wohnten im Pflegebereich, zwei im Bereich der Eingliederungshilfe. Ihre Aufenthaltsdauer in dem Wohnheim variierte von zwei bis 15 Jahren. Vier Befragte waren vor dem Heimaufenthalt arbeitstätig, wobei zwei eine Berufsausbildung hatten. Bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern lag eine Diagnose einer psychischen und Verhaltensstörung nach ICD 10²¹ aus der Gruppe der Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, der affektiven Störungen bzw. der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen vor. Weiterhin hatten alle Interviewpartner/innen eine gesetzliche Betreuung.

²¹ Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt und wird nach dem SGB V als Schlüssel zur Angabe von Diagnosen verwendet (vgl. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 2005).

Um unter den gegebenen Umständen – Auswahl der Probandinnen und Probanden aufgrund professioneller Einschätzung, institutionelle Sozialisation der Befragten sowie Interview im institutionellen Kontext – die Effekte der sozialen Erwünschtheit zu minimieren, wurde den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern die Vertraulichkeit und die Anonymisierung ihrer Aussagen insbesondere in Bezug auf die Institution und den dortig professionell Tätigen zugesichert. Zudem wurden die Ausführungen der befragten Bewohner/innen in Bezug auf Konfliktsituationen und negativ bewertetem Verhalten im Interview unterstützt, z.B. durch detaillierte Nachfragen.

5.4 Datenauswertung

Die Interviews wurden vollständig transkribiert. Die gesprochenen Worte sowie lautsprachliche Äußerungen (äh, mhm usw.) wurden im gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben, zusätzlich wurde dies durch Informationen zu Pausen und anderen sprachbegleitenden bzw. außersprachlichen Handlungen ergänzt. Dabei war folgende Transkriptionsanweisung in Anlehnung an das gesprächsanalytische Transkriptionssystem (vgl. Selting et al. 1998, 91ff.) vorgeschrieben.

Tabelle 3: Transkriptionskonventionen

(solche)	vermuteter Wortlaut
(solche/welche)	mögliche Alternativen
/	Abbruch/Korrektur
=	zwei Wörter ohne Zeitverzögerung gesprochen (zusammengezogen)
: :: :::	Dehnung, Längung je nach Ausmaß
(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0,25-0,75 Sekunden bis ca. 1 Sekunde
(2)	geschätzte Pausen (Angabe in Sekunden)
so (h) so	Lachpartikel beim Sprechen
haha, hehe, hihi	silbisches Lachen
((lacht)), ((hustet))	Beschreibung außersprachlicher Handlungen und Ereignisse
<<lachend>>	Sprachbegleitend
’hm ’hm	Verneinend
hm=hm	Bejahend
,	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
?	hoch steigende Tonhöhe am Einheitsende
-	gleich bleibend
.	(tief) fallend
[...]	anonymisierte Angaben, z.B. von Namen oder Orten

Die Datenauswertung erfolgte auf der Grundlage der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Diese Methode gestattet eine systematische Interpretation von qualitativen Untersuchungsergebnissen. Durch das systematische, regelgeleitete methodische Auswertungsverfahren wird die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses gestützt (vgl. Steinke 2005, 324ff.). Als Auswertungsinstrument ist das Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse geeignet, da sie zur Analyse subjektiver Sichtweisen mit Leitfadenterviews eingesetzt wird und eine induktive Kategorienbildung gestattet, mit welcher eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials angestrebt wird (vgl. Flick et al. 2005a, 18f.; Mayring 2002, 115; Mayring 2003, 74f.). Die induktive Vorgehensweise dient mit der Herausarbeitung konkreter inhaltlicher Kategorien dazu, zentrale Aussagen der befragten Bewohner/innen hinsichtlich der zuvor erläuterten Forschungsfragen zusammenzufassen. Die Analysekategorien generieren sich unmittelbar aus dem empirischen Material ohne Bezug auf ein vorherig formuliertes Theoriekonzept, wenn gleich nicht ohne theoretischen Hintergrund. Dieser ist durch die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung gegeben (vgl. Lamnek 2005, 519; Mayring 2003, 75).

In einem ersten Schritt wurden alle inhaltstragenden Textstellen der vorliegenden Interviews paraphrasiert. Mit der Generalisierung wurden dann die Gegenstände der Paraphrasen auf eine höhere Abstraktionsebene angehoben. In den beiden folgenden Reduktionen wurden über Auslassungen, Selektionen, Bündelung, Konstruktion und Integration abstrakte, fallspezifische Aussagen in Kategorien gewonnen. Nach der Überprüfung des jeweiligen Kategoriensystems hinsichtlich dessen Repräsentanz im Ausgangsmaterial wurden diese fallübergreifend zusammengeführt und im Anschluss zu Hauptkategorien zusammengefasst (vgl. Mayring 2003, 61f.).

Durch die schrittweise Erhöhung des Abstraktionsniveaus wurde das Material reduziert, die wesentlichen Inhalte aber blieben in den Hauptkategorien erhalten. Sie bilden nun das Rahmengerüst für die Ergebnisdarstellung.

6. Ergebnisse

Im Auswertungsprozess konnten folgende 14 zentrale Kategorien identifiziert werden, die sich als einflussreich für das Leben psychisch kranker Menschen in stationären Wohneinrichtungen aus deren subjektiver Sicht darstellen:

- positive Lebenserfahrungen
- negative Lebenserfahrungen
- Erkrankungen
- Folgen der psychischen Erkrankung
- Einfluss psychiatrischer Behandlung
- Autonomie
- Fremdbestimmung
- Privatsphäre
- Folgen des institutionellen Wohnens
- Hilfen
- Resignation
- Zufriedenheit
- Veränderungswünsche im Wohnheim
- Wünsche und konkrete Pläne für die Zukunft

Diese Hauptkategorien generieren sich z.T. durch den Interviewleitfaden und setzen sich vielfach aus mehreren Unterkategorien zusammen. Sie geben im Folgenden die Struktur der Ergebnisbeschreibung vor.

6.1 Positive Lebenserfahrungen

Sowohl in der Kindheit bzw. der Jugend als auch im Erwachsenenalter beschreiben die Interviewten eine Reihe unterschiedlicher positiver Erlebnisse. Eine grundlegende Rolle spielt dabei das Gefühl von Liebe in der Herkunftsfamilie. Ein Befragter führt das gute Verhältnis zur Großmutter, seine Bezugsperson, die Zuneigung zu den Brüdern sowie die Liebe des Vaters und dessen Fürsorge angesichts der Erkrankung und der Schulleistungen an. Für eine weitere Befragte sind ebenfalls die Großeltern Bezugspersonen. Diese haben sie als Kind

adoptiert. Im Gegensatz dazu wird auch der Schritt in ein selbstbestimmtes Leben mit dem Auszug bei Volljährigkeit folgendermaßen benannt:

„Und da:: (--) war ich froh, dass ich einzwanzig wurde das ich abhaun konnte“ (I-K, 51f.).²²

Bildung wird besonders von zwei Interviewten hervorgehoben. Gute Schulleistungen, der erreichte Schulabschluss und ferner eine gute Allgemeinbildung haben eine hohe Gewichtung. Für einen dieser Befragten ist daneben die Zuneigung zum Lehrer eine wichtige Erfahrung sowie die Anerkennungen seiner Person über Freizeitaktivitäten, wie Fußball und Musikschule.

Im Erwachsenenalter sind die positiven Lebensereignisse mit Partnerschaft verknüpft. Zwei Befragte blicken auf ihre langjährigen Partnerschaften zurück. Beide waren verheiratet, wobei eine das Leben mit dem Ehemann als harmonisch betont:

„Denn hab ich meinen Mann kennen gelernt (1) dann ham wer geheiratet (--) nach acht Jahren (--) nachdem ich ihn kennen gelernt hatte (1) und dann::: der war sehr gut zu mir (---) das war ein richtig lieber (2) können nich/können auch net/kann auch net jeder sagen (.) von sich (--) das (---) aber ich hatte wirklich einen guten Mann“ (I-B, 54ff.).

Ein weiterer berichtet von der momentanen partnerschaftlichen Beziehung zu einer Mitbewohnerin.

6.2 Negative Lebenserfahrungen

Bereits das zuvor genannte positive Lebensereignis – Befreiung durch Auszug bei der Herkunftsfamilie – deutet an, dass die Mehrzahl der Interviewten dem Einfluss von einschneidenden negativen Erlebnissen ausgesetzt war. Zwei Personen berichten vom Tod der Mutter im Kleinkindalter. Der Tod der Mutter, der Bezugsperson, geht mit Traurigkeit und Unverständnis über deren Tod, dem Anspruch nach besserem Umgang mit diesem sowie der Vermutung einher, dass das Leben mit der Mutter besser verlaufen wäre. Der Tod der Mutter wird von einem Befragten als Beginn seiner Erkrankung bestimmt. Er erinnert keine schöne Kindheit und spricht in diesem Zusammenhang auch vom Tod der Großmutter. Der Vater hat wegen seiner Arbeitstätigkeit keine Zeit für die Familie, setzt ihn aber mit seinen Erwartungen unter Druck. Mit seinem Bruder streitet er sich häufig. Die andere Interviewpartnerin wird mit dem Tod der Mutter zur Vollwaise und erfährt in der Familie des Onkels, in der sie dann lebt, keine Anerkennung und Liebe.

²² Verweise auf die Quellen in den Interviews erfolgen unter der Benennung des Interviewnamens und der Zeilennummer.

Der Besuch der Schule ist ebenfalls mit negativen Ereignissen verbunden. Ein Befragter empfindet die Schule als sehr schwierig. Die schulischen Leistungsanforderungen können nicht erfüllt werden, was ihn traurig stimmt. So kann er den Beweis dem Vater gegenüber, ein guter Schüler zu sein, nicht erbringen. Ein weiterer Interviewpartner erhält nach dem Schulabschluss zunächst keinen Ausbildungsplatz und berichtet über seine verpasste berufliche Chance, wissenschaftlicher Assistent zu werden.

In zwei Interviews findet sich ein negativer Vergleich mit Altersgenossinnen und -genossen. Ein Befragter spricht von seinen Freunden, die in der Mehrzahl heute ein Haus besitzen. Bei ihm geht mit der Ersterkrankung der Wunsch einher, seine Lebensgestaltung wie andere junge Menschen fortzuführen. Der andere fragt sich, ob er aufgrund der Erkrankung minderwertig ist.

Besonders prägnant sind die Schilderungen von Gewalt, die von drei der fünf Interviewpartner/innen erfahren wurde. Es sind Erlebnisse körperlicher und verbaler Gewalt in der Schule sowie körperlicher Gewalt in der Herkunftsfamilie bzw. in der Partnerschaft.

„Ich wurde auch ähm (1) in ne Schule wurd auch geärgert, wurde den Boden lang geschliffen. (1) Haben mich immer geärgert und dann die Lehrer“ (I-B, 152ff.).

„Und dann bin ich ja denn auch einundzwanzig geworden (-- da bin ich von zu Hause weg (-- mein On (-) mein Onkel der war immer so gemein (der) hat mehr Schläge wie Brot zu fressen gekriegt (-) auf Deutsch gesacht“ (I-K, 48ff.).

„Hat er mich ja (.) geschlagen, ne. (1) Wenn er getrunken hat. (-) Und ich musste immer nur was zu trinken holen (1) und weil er so viel getrunken hat, hab ich auch nicht gekocht und nichts. (-- Nich, (-) dann hat man keine Lust, (--) nich? (-- So gehts einem da.“ (I-G, 55ff.).

Letztzitierte Interviewte lebte mit einem alkoholkranken Partner zusammen, der sie schlug. Ihre Aussage deutet auf die Ambivalenz hin, mit der sie ihrer Rolle in der Beziehung gegenüberstand. Einerseits übernahm sie die vom alkoholkranken Partner zugewiesene Rolle und beschaffte den gewünschten Alkohol, andererseits lehnte sie sie ab, was sich in ihrer Weigerung ausdrückt, die Haushaltsführung zu übernehmen.

Weiterhin wird das Ende einer Partnerschaft leidvoll erfahren. Eine interviewte Person trennt sich aufgrund der Gefühlsbeeinträchtigung durch die Erkrankung, eine weitere ist verwitwet und eine andere ist geschieden. Die Ehescheidung führt nicht nur zur Trennung vom Partner. Die Befragte verliert im Anschluss das Sorgerecht für die gemeinsame Tochter auf Bestreben des Exmannes. Der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik wirkt sich ebenfalls negativ auf eine Beziehung aus, da der Partner den Kontakt zu der Interviewten währenddessen einschränkt. Zwei Befragte haben seit ca. 15 Jahren keine Partnerschaft.

6.3 Erkrankungen

In den Interviews sprechen die Probandinnen und Probanden nur wenig über ihre psychische Erkrankung. Zwei befragte Bewohner/innen beschreiben deren Beginn als plötzlich. Sie erkranken erstmalig im Jugend- bzw. im Erwachsenenalter, wobei eine nur einmalig behandelt wird. Ein weiterer Interviewpartner gibt an, dass seine Behandlung bereits im Kindesalter beginnt, sich aber kein Behandlungserfolg einstellt.

Eine gleichwertige Rolle zu den Aussagen über die psychische Erkrankung spielen die Angaben zu körperlichen Einschränkungen. Zwei Interviewpartner/innen erwähnen ihre Gehbehinderung, die sich bei einem in der Abhängigkeit vom Rollstuhl äußert. Die andere Befragte führt ihre Rückenschmerzen, die Thrombose sowie ihre altersbedingte verminderte Leistungsfähigkeit an.

6.4 Folgen der psychischen Erkrankung

Weitreichende Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das Gefühlsleben, die sozialen Beziehungen, die berufliche Tätigkeit und die Lebensgestaltung formulieren die Interviewpartner/innen. Zwei Befragte äußern sich recht ausführlich zu den Folgen für ihr emotionales Erleben. Beide leiden unter Depressivität und dem fehlenden Gefühl der Liebe. Der eine Interviewte benennt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Gefühlsleere.

„Das is so ähm (--) das: ja (---) als Gefühle weggeblasen wärn so ne. (1) Und ähm: (1) das die äh nich da vorhanden sein vorhanden sind. (10) Da hat ich manchmal auch das Gefühl, ich kann gar nich mehr richtig so lieben und so ne. (1) Dass ich das Gefühl hab, so: is verschwunden“ (I-V, 135ff.).

Er ängstigt sich vor unabsehbaren Handlungen in der Psychose, die andere schädigen, sowie vor durch die Psychose entstehende Persönlichkeits-veränderungen. Er hörte Stimmen, die negativ kommentierend waren und Befehle gaben, und empfand dies wie eine „innere Vergewaltigung“ (I-V, 282). Auch führen die Symptome zu einer Unzufriedenheit über seine Arbeitsleistung.

Der andere Befragte klagt über Heimweh, Schuldgefühle und Traurigkeit, die durch Defizite im Denken, verbale Gewalt, die hohen Erwartungen des Vaters und Sorgen hervorgerufen wird. Das eigene Denken führt zum Erleben verbaler Gewalt und ein unrealistisches Erleben zu falschen Annahmen.

„Fernseher hab ich neu. (-) Bloß ich hab den Fehler, dass ich ich denk immer, mein Fernseher is kaputt, weil der immer so rauscht. Das beim (-) sach immer zu (-) ich hab mal zu einem (.) zum (.) na zu allen Leuten immer gesacht, mein Fernseher is kaputt“ (I-B, 568ff.).

Im Vergleich zu anderen Menschen fühlt er sich minderwertig und nimmt an, in allen Bereichen des Lebens zu versagen. Seine Kommunikations- und Empathiefähigkeit erfährt er als eingeschränkt.

Diese begrenzten Kompetenzen verweisen bereits auf die Auswirkungen für soziale Beziehungen. In Gesprächen mit Pflegenden fühlt sich der zuvor genannte Proband überfordert. Er hat Schuldgefühle, weil sein Verhalten bei der Ergotherapeutin zu verbaler Aggression und zur Ablehnung seiner Person führt.

„Aber Frau [Nachname einer Mitarbeiterin], die die mag mich gerade gar nich. Das is meine Schuld“ (I-B, 298ff.).

„Je:::denfalls die Therapeutin, find ich toll, die sacht auch immer ich rede viel über Australien. Die is immer wütend, wenn ich viel über Australien rede. Immer wütend. (-) Dann (.) dann meckert die immer rum“ (I-B, 304ff.).

Auch vermutet er, dass sein Verhalten den Heimleiter enttäuscht. Der Befragte gibt zudem an, dass er die ständig hohe Erwartungshaltung seines Vaters nicht erfüllen kann. Diese aber dennoch bestehen bleibt, wofür er kein Verständnis hat. Sein Gefühl der Liebe für den Vater wird nur zuweilen mit dessen Zuneigung erwidert. Zu seiner Stiefmutter, die weniger Erwartungen an ihn hat, beschreibt er ein gutes Verhältnis. Seine Beziehungen zu Mitmenschen sind durch das Erleben verbaler Gewalt sowie ein Minderwertigkeitsgefühl geprägt. Andere Personen, wie den Vater, den Bruder und einzelne Mitbewohner, bewertet er als bessere Menschen und wählt sie zum Vorbild, da sie gesund und leistungsfähig sind.

Ebenso folgenreich ist die psychische Erkrankung für die berufliche Tätigkeit. Zwei Interviewpartner/innen geben an, dass sich aufgrund der Krankheit ihr Berufswunsch nicht erfüllte. Die Ausbildung einer Befragten wird mit der Begründung ihrer psychischen Erkrankung abgelehnt. Der andere erachtet die Ausbildung wie auch den Beruf selbst als zu schwierig. Er hat keine Berufsausbildung. Auch fühlt er sich arbeitsunfähig, da er die Leistungs-voraussetzungen nicht erfüllen kann. Bei einem weiteren Probanden kommt es jeweils im Zusammenhang mit einem Klinikaufenthalt bzw. einer erneuten akuten psychischen Erkrankung zur Kündigung. Heute zweifelt er aufgrund der krankheitsbedingten eingeschränkten Fähigkeiten an der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die in Frage kommende Tätigkeit in der Behindertenwerkstatt unterfordert ihn allerdings.

Vier interviewte Personen beschreiben ebenfalls Konsequenzen für ihre Lebensgestaltung. Das Leben wird von zwei Befragten durch die Erkrankung verändert erfahren, ein anderer sieht das Leben durch die Erkrankung zerstört. Die Erkrankung führt zu Ratlosigkeit über das weitere Leben, macht traurig und hilflos. Ein Interviewpartner beschreibt eindrucksvoll, wie sich die psychische Erkrankung und deren medikamentöse Behandlung auf seinen Alltag

auswirken. Aufgrund dessen verzichtet er auf Genussmittel wie Alkohol und Zigaretten sowie auf Autofahren. Durch die Medikamenteneinnahme hat er ein großes Schlafbedürfnis. Er vermeidet Fernsehen, da es ein Auslöser für Wahnerleben ist. Dennoch ist sein Leben von der ständigen Gefahr erneuter psychischer Krisen bestimmt.

Weiterhin hat die psychische Erkrankung Auswirkungen auf die Wünsche im Leben. Drei der Befragten geben ihre früheren normalen Wünsche nach einem schönen Leben mit Familie, Haus und Auto auf. Zukunftsvorstellungen bleiben Illusionen. Mit der Nichterfüllung der Wünsche geht eine schlechte Befindlichkeit einher. Die Erkrankung, der fehlende Besserungseintritt, die Nichterfüllung von Anforderungen und die Abwesenheit einer Partnerin führen zu einer Veränderung der Wünsche. Abhängig von Gesundheit sieht ein Proband dabei seinen Wunsch nach einer Australienreise. Die Wunscherfüllung wird von zwei Interviewten als unmöglich angesehen. Die eine Befragte begründet hiermit, aus diesem Grund heute keine Wünsche mehr ans Leben zu haben. Infolge der Krankheitserfahrungen setzt ein anderer Proband seine Wünsche heute niedriger an und ein weiterer hat sich zum Vorsatz genommen, das Leben so zu „nehmen, wie es kommt“ (I-B, 625).

6.5 Einfluss psychiatrischer Behandlung

Auf das Leben psychisch kranker Menschen nimmt die psychiatrische Behandlung verschiedentlich Einfluss. Bereits bei der Benennung der eigenen psychischen Erkrankung kann dieser identifiziert werden. Ein Proband übernimmt selbstverständlich die medizinische Kennzeichnung seiner Erkrankung und die prognostische Zuschreibung. Im Gegensatz dazu steht die Aussage einer anderen Befragten, die auf der alltagssprachlichen Ebene bleibt und von einem „Nervenzusammenbruch“ (I-K, 5) spricht. Allerdings macht sie sich die medizinische Kategorisierung bezüglich der Ätiologie zu Eigen, wobei der erst genannte Interviewpartner Zweifel an der von außen zugeschriebenen Krankheitsursache hat.

„Da will möchte ich auch gerne offen sein (2) ((räuspert sich)) als ich ähm also ein Monat vorher hab ich wohl mal was geraucht (---) also Joint oder so zwei Tüten eine davon wurde ich wenigstens jedenfalls so müde (1) hingelegt (1) ja und denn da ko/ auf einmal fing die Psychose an (2) und äh (-) ja wie sagt, bin ich nach [Name der Stadt] und denn nach [Name des Ortes der psychiatrischen Klinik]. (2) Obwohl äh (1) ich weiß nicht, ob das (-) von den Joints kommt. Jetzt wegen zwei Stück gleich (1) weiß auch nicht“ (I-V, 29ff.).

Des Weiteren beeinflussen die Erfahrungen während des Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik alle Interviewpartner/innen. Nur ein Proband erinnert einen positiven ersten Kontakt mit der Psychiatrie. Er fühlt sich wegen der guten Gespräche und der guten Behandlung wohl. Drei andere Befragte fühlen sich in der Klinik nicht wohl, einer von ihnen verband keinerlei positive Erlebnisse mit seinem Aufenthalt. Er erlebt dort verbale Gewalt. Eine weitere erfährt

in der psychiatrischen Klinik Abwertung durch den Onkel, was sie dann allerdings motiviert, das eigene Leben zu verbessern.

Ihren Aufenthalt in einer geschlossenen Station thematisieren zwei Personen. Ein Bewohner erlebt diesen als „vor sich hinvegetieren“ (I-V, 44). Als einzigen Vorteil der geschlossenen Station sieht die andere den immer zugänglichen Garten.

„Warn wir immer (1) abgeschlossen waren wir da. (1) In [Name des Ortes der psychiatrischen Klinik]“ (I-G, 34f.). „Ein (1) und dann: (.) war ja noch der Vorteil als da (--) das nen Garten war. (--) Da konnten wir immer in Garten gehen“ (I-G, 38f.).

Positiv wird von einem Interviewpartner der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen wahrgenommen. Zwei andere Befragte erleichterte erst die Entlassung aus der Klinik und sie waren froh hierüber.

6.6 Autonomie

In verschiedenen Lebensbereichen stellen die interviewten Personen Erfahrungen autonomer Handlungen dar. Vier Bewohner/innen erleben Selbstbestimmung durch ihre Arbeitstätigkeit. Zwei Probanden haben eine Berufsausbildung zum Speditions- bzw. Einzelhandelskaufmann gemacht und sind in ihrem erlernten Beruf tätig gewesen. Beide befragten Frauen haben als ungelernete Kräfte in Küchen, im Waschhaus bzw. als Haushaltsgehilfin im Privathaushalt gearbeitet. Von Bedeutung für eine Bewohnerin ist die lebenslange Arbeitstätigkeit zur Rentenabsicherung. Unabhängigkeit hat ein anderer Interviewpartner durch die Möglichkeit, den Arbeitsplatz mit dem Moped zu erreichen, erfahren.

Vor dem Wohnheimaufenthalt geben die beiden Bewohnerinnen an, in einer Stadt in der Region der Wohneinrichtung gelebt zu haben. Vordem hat eine der beiden in ihrem eigenen Haus in einer anderen deutschen Region gewohnt. Mit dem Hausbesitz ist für sie eine Selbstständigkeit im Bereich der eigenen Finanzen einhergegangen. Auch der Erhalt einer Rente birgt Autonomie.

Mit Eintritt in das psychiatrische Versorgungssystem ist der selbstbestimmte Handlungsraum begrenzt. Ein Interviewpartner hat sich zwar mehrfach bereitwillig in der psychiatrischen Klinik behandeln lassen, zukünftige Aufenthalte dort lehnt er aber ab. Die Entscheidung zum Einzug ins Wohnheim hat nur ein Befragter allein getroffen, ein weiterer hat sie gemeinsam mit dem Arzt und der Betreuerin getroffen. Dieser Proband hat zuvor auch andere Wohneinrichtungen besichtigt. Beide Bewohner begründen ihre Entscheidung für dieses Wohnheim mit der Aussicht, ein Einzelzimmer zu bewohnen. Ebenso das Personal und die

Wohnortnähe zur Schwester sind Motive für ihre Entscheidung. Zwei interviewte Personen haben ihr Zimmer im Wohnheim nach eigenen Wünschen eingerichtet.

Während des Wohnheimaufenthalts arbeitet eine Interviewte in der Werkstatt für Behinderte. Zusätzlich hat sie mit der Übernahme des Wäschediensts im Wohnheim Geld verdient. Sie hat im Wohnheim vom Personal zugewiesene Tätigkeiten übernommen, wie Zigarettenteilung an andere Bewohner, den Postdienst zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und der Werkstatt für Behinderte sowie die Lohnabrechnung. Ein anderer zuvor berufstätiger Interviewpartner stellt in der Ergotherapie nun Bastelarbeiten für Basare her, wobei er die hohe Nachfrage dieser Produkte besonders betont.

Die Verfügung über die eigenen finanziellen Mittel beschränkt sich auf das erhaltene Ausflugsgeld bzw. das Taschengeld. Zwei Befragte sparen einen Teil dieses Geldes. Das Taschengeld wird ebenfalls zum Kauf von Süßigkeiten und Tabak genutzt, wobei die Interviewte den Einkauf mit einer finanziell schlecht gestellten Mitbewohnerin teilt. Letztgenannte Probandin berichtet stolz über den Verkauf einer Handarbeit mit finanziellem Gewinn.

„Vor Weihnachten (1) lag ich ja im Krankenhaus (1) da hab ich mh (2) hingeschrieben an die: (.) Therapeutin hier (1) schickt ma bitte (1) eine (.) Decke. (---) Also zum Aussticken. (-) Ham se auch gemacht (--) und dann hab ich im Bett gelegen un: hab gestickt. (2) Und die Schwestern (--) die eine Schwester hat gesacht (2) kriegen se denn die Decke noch fertich (--) wenn ja:, denn kauf ich se ihnen ab. (2) Sach ich, ja:;, krich ich noch fertich. (-) Nu ja (-) und: dann hab ich die fertich gekricht, da hat die mir fünfzehn Euro für gegeben. Und ich hab das: Material und die Decke geschenkt gekricht. (2) Hat ich fünfzehn Euro mehr“ (I-K, 389ff.).

In der Interaktion mit der gesetzlichen Betreuung erfährt eine Befragte über die Ablehnung der Kommunikation für längere Zeit Autonomie. Hierzu hat das negativ empfundene Verhalten der Betreuerin geführt. Auf das Verbot bestimmter Speisen, das vom Personal ausgesprochen wird, reagiert sie mit dem Kauf von Süßigkeiten und dem Essen dieser verbotenen Speisen.

Die Zurechtweisung einer Pflegekraft konterte die Interviewte mit einem ausfallenden Kommentar:

„Heute Morgen hab ich (-) vom Sonntag noch so (1) kleinen (.) Nutella gehabt. (1) Und das ess ich doch so gerne. (1) Und ich hab mich gefreut. Legs auf meinen Platz hin (1) auf einmal sieht die Pflegerin das und da hat ses mir wieder weggenommen. (2) Es gibt Diätmarmelade. (1) Hat se gemeint. (---) Das is kein Diät. (3) Sie können ja nachher Diätmarmelade kriegen von mir aus. (--) Die könn se sich in Arsch schieben. (5) hi,hi,hi (2) Da hab ich aber was gesacht. (1) Die war ja (.) die stand da da mit dem Ding inner Hand (2) und wo dann mit dem (.) Diätmarmelade das gesacht hab, da (--) da hab ichs natürlich net wiedergekricht“ (I-K, 573ff.).

Zudem erlebt ein Befragter über seine Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender im Heimbeirat Selbstbestimmung. Eine andere gibt an, dass sie sich für die Erfüllung ihrer Belange einsetzt, obwohl dies eine mehrfache Ansprache der Bezugspflegekraft erfordert.

Vier Interviewpartner/innen schildern Tätigkeiten im Wohnheim, die sie eigenständig übernehmen. Hierzu gehören Körperpflege, Richten der Medikamente, Kochen, Abwaschdienst wie auch Interessenvertretung der Bewohner/innen im Heimbeirat. Selbstständigkeit wird von einem Befragten positiv bewertet, da er dadurch besser lernt.

Ihre Freizeit gestalten alle interviewten Personen autonom. Ihre Aktivitäten beschränken sich dabei zumeist auf das eigene Zimmer bzw. den Gemeinschaftsbereich des Wohnheims. Als Hobbys benennen jeweils zwei Befragte Fernsehen, Lesen und Musik hören. Von je einer/einem Bewohner/in werden Computerspiele, gelegentliche Gesellschaftsspiele mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, Gespräche, allein unternommene kleine Fahrradtouren sowie Schwimmen, dem allerdings nur im Urlaub nachgegangen wird, angegeben. Für drei Probandinnen und Probanden sind frühere sportliche Aktivitäten unmöglich geworden. Eine Interviewte hat kein Hobby. Fernsehen ist für sie nicht von Interesse. Ihre einzigen Beschäftigungen sind Rauchen und Aufräumen des Zimmers. Im Zusammenhang mit seiner Freizeitgestaltung beschreibt ein Interviewpartner das Alleinsein im Zimmer als bedeutsam, da es Entspannung ist. Nur zwei Befragte besuchen manchmal den Ort zu Fuß oder mit dem Fahrrad, was für eine andere aufgrund ihrer Gehbehinderung nicht möglich ist. Ein weiterer Proband hält sich gerne draußen auf, aber auch für ihn ist der Bewegungsradius durch eine körperliche Behinderung stark eingeschränkt. Lediglich eine Interviewte nutzt den Bus für Fahrten in die Stadt.

6.7 Fremdbestimmung

Nehmen psychisch kranke Menschen Hilfsangebote des psychiatrischen Versorgungssystems in Anspruch, erfahren sie nicht nur adäquate Unterstützung, sondern zugleich Fremdbestimmung. Alle Interviewpartner/innen sind bereits während ihrer psychiatrischen Behandlung mit der Macht Professioneller konfrontiert. Ein Proband befand sich in ambulanter Behandlung beim Psychiater, die trotz seiner Ablehnung vom Hausarzt veranlasst wurde. Diese fachärztliche Überweisung bleibt unbegründet und der Betroffene erklärt sie sich im Anschluss selbst. Die Gründe für ihre Klinikeinweisung sind zwei Befragten ebenfalls unbekannt. Eine Frau erlebt die Einweisung in diktatorischer Form. Sie wird von ihrem Partner initiiert und erfolgt durch den Betreuer. Von außen wird ihr Verhalten als krankhaft eingeordnet; niemand hinterfragt ihre Verhaltensmotive.

„Erst bin ich (-) mit dem Bekannten (--) der hat so getrunken und der hat mich in ne (1) nach [Name des Ortes der psychiatrischen Klinik] geschickt. (1) Der hat mit dem Betreuer (.) geredet und das stimmt gar nich, was der gesagt hat, glaub ich“ (I-G, 50ff.).

„Ein Morgen (1) da bin ich entdeckt worden, noch ma da hab ich mich aufs Bett gelegt (1) und bin um zwanzich vor sieben wach geworden (---) und der sagte, [Vorname der Sprecherin G] du kannst so nich:: arbeiten gehen. (--) Und ich hab gar nix gemacht. (1) Ich hab gar nichts gemacht. (1) Ja (--) das is doch nichts Schlimmes, wenn ich später nech. (--) Und die waren so herrisch. Und (.) später (1) da hat ich Schiss gehabt, denn hatt ich so gar nich geredet (--) und dann musst ich in ne Klinik“ (I-G, 65ff.).

Auch im Nachhinein sieht diese Befragte keine Notwendigkeit für ihre Klinikaufenthalte.

Drei Interviewpartner/innen sind in einer geschlossenen Station behandelt worden, ein weiterer in der Langzeitstation. Ein anderer ist bereits als Jugendlicher in einer psychiatrischen Klinik. Die geschlossene Station kann von einer interviewten Person nur zu Therapien verlassen werden. Der Kauf von Zigaretten ist abhängig von ihrer Sparsamkeit.

„Da ham se (-) ne abgeschlossene Station (1) und nur wenn wer Therapie hatten (---) da durften wer raus. Und wenn ich Geld gespart hatte, da durft ich mir Zigaretten kaufen (.) dann. (1) Sind wir gar nich (-) warn wir immer (1) abgeschlossen waren wir da“ (I-G, 32ff.).

Wie ein Befragter angibt, ist die Tagesstruktur während des Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik zwingend einzuhalten. Die Entlassung erfolgt erst nach medikamentöser Einstellung.

Der Klinikaufenthalt führt bei einer Interviewpartnerin zur Bestellung einer gesetzlichen Betreuung. Seitdem besteht gegenüber dieser ein Abhängigkeitsverhältnis in der Regelung der eigenen Rechtsangelegenheiten. Die Befragte fühlt sich von ihrer Betreuerin dabei in Bezug auf ihre persönlichen Belange nicht vertreten. Die Betreuerin besucht sie vierteljährlich, derweil wird die Kommunikation mit ihr als Zwang erlebt. Gegenwärtig hängt der Auszugswunsch der Interviewten von der Einwilligung der Betreuerin ab. Ohne ihr Mitspracherecht veranlasst die Betreuerin während des Klinikaufenthalts den Einzug ins Wohnheim und verkauft ebenfalls ohne ihr Wissen die Möbel.

„Da bin ich ins Krankenhaus gekommen und: in der Zeit haben die meine Möbel alle verkauft (1) (es is ja auch) über meinen Kopf hinweg“ (I-K, 137f.).

„Amtrichterliche Betreuung, die hat das (---) die hat das veranlasst (2) bin ich denn (--) vom (-) Krankenhaus aus bin ich denn gleich hierher gekommen (1) ohne das da groß Federlesen (-) weg, ab, aus (1) Klappe zu, Affe tot“ (I-K, 143ff.).

Bis heute lehnt die Probandin die ländliche Umgebung der Wohneinrichtung und das dörfliche Leben ab.

„Das is doch n richtig verschlafenes Nest hier. (---) Wenn man das so will. (1) Ne. (1) Das is doch alles wie:: (--) von anno dazumal. (6) Son kleines: (.) verschlafenes Dörfchen. (1) Ja manche mögen das ja“ (I-K, 657ff.).

Drei weitere Interviewte erklären, dass sie die Entscheidung zum Einzug ins Wohnheim nicht allein getroffen haben. Angestrebt wird dieser bei zwei Befragten vom Personal der Klinik bzw. des vorherigen Wohnheims, wobei ein Proband den Einzug dort damals ablehnt und erst

im Nachhinein als richtige Entscheidung ansieht. Zum Umzug in dieses Wohnheim kommt es für den anderen Bewohner, da er die Anforderungen des vorherigen Wohnheims nicht mehr erfüllt. Seinem Einzug geht eine Besichtigung mit dem Personal des damaligen Wohnheims voraus.

Zwei andere Interviewpartner/innen sehen keine Alternative zum Leben im Wohnheim und ihrer momentanen Wohnsituation. Bei einem führt die gewünschte Entlassung von der Langzeitstation zum Einzug. Anlass ist sein Autounfall. Er gibt an, dass ihm ein Gespräch über dieses Thema schwer fällt. Die andere Probandin erklärt ihren Einzug rückblickend mit ihrer Ablehnung, in die gemeinsame Wohnung mit dem Partner zurückzukehren. Die Gründe für den damaligen Einzug ins Wohnheim sind ihr unbekannt.

„Ja weiß ich ja nich/ ich nehm mir noch nen (--) was er für'n Grund da gegeben hat. (1) Weil ich das ja nich mitgekriegt habe“ (I-G, 184f.).

„Ich glaub (-) hinterher ja, (--) weil ich nich mehr zu ihm wollte. (2) Und da musst ich ja irgendwo hin. (1) Dann is mir ja nichts anderes übrig geblieben“ (I-G, 190ff.).

Das Leben im Wohnheim ist für einen Probanden mit der Ungewissheit über die Aufenthaltsdauer verbunden.

Desgleichen wirken die institutionellen Strukturen des Wohnheims fremd bestimmend. Drei befragte Personen schildern, dass ihre Tagesstruktur von institutionell festgelegten Zeiten – Wecken, Essen, Therapie, Rückkehr der Beschäftigten aus der Behindertenwerkstatt – determiniert ist. Dadurch ist für einen Probanden die zuvor fehlende Tagesstruktur gewährleistet. Die Pausenzeiten fasst er dabei als Wartezeiten auf. Eine weitere Interviewte bringt diese Zeit mittels Schlafen herum. Der Alltag, der aus der vorgegebenen Struktur resultiert, wird gegensätzlich wahrgenommen. Letztgenannte beschreibt ihn als ruhig, ein anderer empfindet ihn abwechslungsreich.

Umzüge innerhalb des Wohnheims, d.h. Stationswechsel, stehen in Abhängigkeit zum Innehaben einer Arbeitsstelle, der Nichterledigung von Haushaltstätigkeiten und der Mobilitätseinschränkung.

„War ja auf Station fünf. (1) Und da ich nicht mehr den Küchendienst konnte (1) und den (-) Wäschedienst. (1) Wohnte, (1) bis mir das zu viel war, (1) bin ich auf eins gekommen“ (I-G, 150ff.).

„Ich hatte erst (--) auf eins (1) gewohnt (1) und dann (2) hab ich die Arbeitsstelle (.) gekriegt (--) dann bin ich dann (--) auf (2) vier gekommen (-) und dann auf fünf (1) und fünf bin ich geblieben“ (I-G, 172ff.).

Weiterhin führen die Wohnheimstrukturen dazu, dass eine Befragte das Zimmer mit einer Mitbewohnerin teilt, obwohl sie deren Verhalten oft stört. Das Rauchen ist in Bezug auf Örtlichkeiten reglementiert. Nach Aussage einer Probandin ist es tagsüber lediglich draußen gestattet, am Abend auf einer bestimmten Station. Einschränkungen erfahren die Interviewten

ferner in der Essenswahl und der Auswahl beim Kleidungskauf. Einen Interviewten, der auf den Rollstuhl angewiesen ist, beeinträchtigen die baulichen Gegebenheiten. Er benennt Schwierigkeiten bei der selbstständigen Benutzung des Fahrstuhls. Infolgedessen sind seine Kontakte zu Mitbewohnern reduziert.

Die von der Wohneinrichtung initiierten Angebote bergen ebenso Fremdbestimmung. Alle Interviewpartner/innen nehmen an der Ergotherapie im Wohnheim teil. Sie beschreiben sie als Beschäftigung mit Gesellschaftsspielen, Verpackungs-, Bastel- und Handarbeiten, die für eine Befragte besonders interessant sind und ihr Spaß bereiten. Letztgenannte gibt an, dass die Ergotherapie ihre einzige Aktivität ist. Ein anderer Bewohner sieht sich dort mit der höheren Produktivität der Ergotherapiepraktikanten konfrontiert. Die Tätigkeiten werden von der Therapeutin vorgegeben, wie zwei Interviewte äußern. Die eine erlebt die Erfüllung dieser Vorgaben als Zwang, da davon die Therapieteilnahme abhängt.

„Wir müssen wir auch (1) Fragen (1) beantworten (2) und dann:: dürfen wir malen (--) und dann ma ähm (---) packen wir auch Sachen ein, Pflaster (---) und ähm:: (--) Handschuhe (-) von de Ärzte (1) packen wir auch ein. (1) Und (2) und (1) und mir macht das sonst (1) muss ja das machen. (--) Bleibt mir ja nichts übrig, nich. (1) Weil man (--) sonst krieg ich keine Therapie“ (I-G, 228ff.).

An den vom Wohnheim organisierten Ausflügen beteiligen sich zwei interviewte Bewohner/innen manchmal; eine Befragte nimmt immer, ein weiterer nimmt einmalig und ein anderer nie teil. Die interviewten Personen schildern verschiedene Ausflugsangebote (z.B. Blumenschau, Kirmes, Zoo, Essen im Lokal), wobei momentan kein Angebot bereitgestellt ist. Ein Befragter beurteilt das dargebotene Ausflugsangebot als ausreichend. Er hat aber nur an wenigen Ausflügen Spaß und kein Interesse an denen, die sich jährlich wiederholen. Einfluss auf die Ausflugsziele nehmen die Bewohner/innen lediglich über Vorschläge des Heimbeirats. Der Befragte macht keine Angaben, inwieweit diese Berücksichtigung finden. Zudem wird die Teilnahme zwischen den Bewohnern aufgeteilt, was eine ständige Beteiligung ausschließt. Eine gerechte Verteilung wird dabei durch den gelegentlichen persönlichen Verzicht gewährleistet.

Vier Interviewpartner/innen fahren in den vom Wohnheim geplanten Urlaub. Sie benennen verschiedene Urlaubsziele, wie die deutsche Nordseeküste, Dänemark oder Spanien. Diese Urlaube werden von dreien als gut bewertet und mit Spannung erwartet. Zwei Befragte geben an, dass sich der Urlaub durch gut schmeckendes Essen auszeichnet. Die Teilnehmerzahl des Urlaubs eines Interviewten ist wegen des Platzangebots recht beschränkt gewesen, was bei einem anderen befragten Bewohner Neid hervorruft. Die Reise hat der Proband mit einer kleinen Bewohnergruppe in Begleitung von Personal angetreten, welches die

Haushaltstätigkeiten ausführt. Der Urlaub kann nicht nach eigenen Wünschen gestaltet werden.

Aufgrund der personellen Unterbesetzung kommt es weiterhin zu Restriktionen für die Bewohner/innen. Eine Befragte bemerkt, dass erst die mehrmalige Ansprache ihrer Bezugspflegekraft Konsequenzen hat.

„Ich hab eine Bezugs:: (---) Pflegerin. Also (-) mit der, wenn ich die kleinen Wünsche, die ich hab, mit d/rede ich mit der. (1) Also zum Beispiel jetzt ist mir mein CD Player kaputt gegangen. (1) Hab ich gesacht, jetzt brauch ich nen neuen CD Player. (---) Ja (1) das war auch schon (.) vor (-- na (.) fünf Wochen is das ja mindestens schon her. (1) Ja. (1) Sie kriegen einen. Ja da blieb/is es aber bei geblieben. Ich muss se jetzt mal wieder drauf ansprechen“ (I-K, 552ff.).

„Die sind ja hier so unterbesetzt. (2) Da müssten viel mehr (-) es hat auch keiner Zeit (-- mich da: (-- irgendwo hinzufahrn. (---) Das ich mir nen neuen kaufen könnte“ (I-K, 559ff.).

Um die Belange der Bewohner/innen kümmert sich das Personal nicht. Es fordert die Einhaltung von Ernährungsregeln, was auf Unverständnis stößt, teilt Zigaretten zu und erwartet, dass die Bewohner/innen sich im Gemeinschaftsbereich aufhalten. Eine interviewte Frau richtet ihre persönlichen Handlungen ausschließlich an den Vorgaben des Personals aus.

„Und wenn wir was machen müssen, was Personal sagt, (-) das machen wir und sonst nichts“ (I-G, 407f.).

Die Reglementierungen der Mitarbeiter/innen prägen die persönliche Erwartungshaltung. Bei einem Interviewten ruft die Nichterfüllung der Vorgaben des Personals im vorherigen Wohnheim, die zum Umzug führten, Schuldgefühle hervor. Seine Wünsche sieht er von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verwehrt. Ein anderer spricht die Einflussnahme der Pflegenden auf die Bewohner/innen an. Dieser Interviewpartner beschreiben negative Konsequenzen auf den Zusammenhalt der Bewohner/innen durch die Beobachtung der einzelnen Bewohner/innen und die Einzelfallentscheidungen.

„Das dieses einzeln (1) die Einzelpersonen. Das das (.) so wie (-) so:: äh wie gesacht (.) äh (.) wie man so den Tag is. (-- Man wirdn ähm (-) per Einzelfall entschieden. (1) So: (.) is das hier auch. (-- Jeder kämpft (-- schon für sich selber. (1) Und äh (.) man merkt schon, dass: (1) ((räuspert sich)) (-) und: (3) wie denn die Betreuer auf einen einwirken und so dass:: (1) dann müssen wir schon zusammen (1) bisschen bin ich über den Fußball, wo wer zusammen spielen im Sommer und (1) ja. (2) Oder andere Sport/ Sportta/ (-) A/ Aktivitäten (-- wo mer zu zweit ausgetragen“ (I-V, 487ff.).

Krankheitsbedingtes Verhalten wird vom Personal auf seine Persönlichkeit übertragen.

„Im Grunde genommen gabs hier sonne Fälle grad wie (1) Herrn da: (.) da hab ich das und das und das gemacht. (1) So:: und denn dann äh (-- natürlich nur schlecht dann ne“ (I-V, 555ff.).

Hinsichtlich der eigenen Finanzen besteht für die interviewten Personen eine Abhängigkeit auf unterschiedlichen Ebenen. Eine Befragte erwähnt, dass sie Geld vom Sozialamt bezieht. In einem anderen Zusammenhang beschreibt eine andere, enttäuscht über die heutigen finanziellen Mittel zu sein. Sie erhält nur eine geringe Rente, obwohl sie ihr Leben lang gearbeitet hat. Seit Bestellung einer gesetzlichen Betreuung ist ihr zudem die eigene finanzielle Situation nicht transparent; die Art und Weise der Verwendung ihres Einkommens

ist abhängig von der Erlaubnis der Betreuerin. Heute bekommt die Interviewte ein wöchentliches Taschengeld von 20 Euro. Das dürftige Einkommen führt zu Einschränkungen. Sowohl die Menge an Tabakwaren als auch die Markenauswahl ist dadurch begrenzt. Busfahrten können nicht bezahlt werden.

Die Erfahrung, dass fehlende finanzielle Mittel Eingriff in ihr Leben nehmen, machen zwei Befragte auch bei der Wahl ihres Wohnumfelds. Aufgrund dessen zieht eine Probandin in der Vergangenheit von einer Drei- in eine Zweizimmerwohnung. Bei einem anderen Interviewpartner führen sie zum Umzug von der betreuten Wohngemeinschaft in ein Wohnheim.

Fremdbestimmung in Bezug auf Arbeitstätigkeit schildert ein Interviewpartner. Er erlebt Arbeit als Zwang. Sie überfordert ihn und löst Sorgen aus. An sie ist allerdings die Bezahlung seines Urlaubs geknüpft.

„Aber ich schaffe keine Arbeit. (1) Aber (.) die für de Therapeuten (.) und da is mein Vadder, jetzt is Arbeit, (-) wenn wenn ich denn nich arbeite, (-) hat mein Vadder gesacht, mh: be/ bezahlen (.) wird der Urlaub nich bezahlt (.) der Urlaub“ (I-B, 318ff.).

6.8 Privatsphäre

Für alle Menschen spielt die Privatsphäre eine große Rolle. Sie bietet der/dem Einzelnen in einem abgeschirmten Bereich Schutz zur persönlichen Entfaltung, wo sie/er sich – vor den Augen der Öffentlichkeit verborgen – frei und ungezwungen verhalten kann. Die Erfahrungen der interviewten Bewohner/innen sind hinsichtlich ihrer privaten Sphäre recht unterschiedlich. In der Vergangenheit wohnen zwei Interviewpartner/innen allein, wobei eine von ihnen auch über Jahre mit dem Ehemann in einer gemeinsamen Dreizimmerwohnung lebt. Andere Befragte erfahren bereits in ihren vorherigen Wohnverhältnissen Einschränkungen bezüglich ihres privaten Bereichs. Zwei interviewte Personen wohnen im Elternhaus, eine weitere lebt zunächst mit ihrer Tochter, dann mit ihrem Bruder und dessen Ehefrau in einem Haus. Eine andere Befragte wohnt mit ihrem Ehemann bei der Familie seiner Schwester.

Nach dem Einzug ins Wohnheim leben nun drei Befragte in einem Einzelzimmer. Zwei von ihnen legen darauf besonderen Wert, weil es für sie die Möglichkeit zum Rückzug darstellt. Eine andere Bewohnerin argumentiert ebenfalls in dieser Weise. Sie bewohnt ein Zweibettzimmer und bemängelt daran die fehlende Rückzugsmöglichkeit. Für eine weitere Interviewte bedeutet der Umzug innerhalb des Wohnheims den Verlust ihres Einzelzimmers, zu dem sie einen Schlüssel besaß.

Wichtig ist es obendrein für einen Bewohner, neben seinem Einzelzimmer im Wohnheim auch ein eigenes Zimmer im Haus der Eltern zu haben, das ihm dort bei Besuchen zur Verfügung steht.

6.9 Folgen des institutionellen Wohnens

Das institutionelle Wohnen ist folgenreich für verschiedene Lebensbereiche. Es beeinflusst u.a. den Besitz der Bewohner/innen. Eine Probandin berichtet, dass die Aufwendungen für den Heimplatz ihre finanziellen Mittel mindern. Das persönliche Eigentum der Interviewpartner/innen beschränkt sich auf wenige Gegenstände. Die Befragten zählen folgende auf: Kleidung, Fernseher, Musikanlage, Stehlampe, Sessel, Bücher, Bilder, persönliche Bettdecke sowie Porzellanfiguren. Drei Probandinnen und Probanden haben keinerlei eigene Möbel.

Darüber hinaus erfahren die Interviewpartner/innen Restriktionen ihrer Lebensgestaltung. Wegen der Entfernung zur Stadt sind die Bewohner/innen auf den Bus angewiesen. Die für eine Befragte so wichtigen Besuche am Grab des Ehemanns finden daher kaum statt, auch hat sie keine Möglichkeit die Grabpflege selbst zu übernehmen.

„Im Januar warns dreizehn Jahr (6) und da geh ich ja nur ab und zu (--) sonst hab ich die Grabpflege immer gemacht und jetzt machst meine Schwägerin (1) eine Schwägerin von mir (2) und die (-) da bin ich jetzt wo mer unsern Hochzeitstach hatten (1) bin ich ja hin und hab nen paar Blumen hingbracht (--) und da::: (1) also (-) das is so furchtbar (1) das hat mein Mann net verdient (---) das Unkraut war höher wie die Blumen da drauf (4) alles voll ((klatscht in die Hände))“ (I-K, 211ff.).

Sie ist gezwungen, die Grabpflege an die Schwägerin abzugeben, die sie jedoch nicht zu ihrer Zufriedenheit durchführt.

Das Leben im Wohnheim hat nicht bloß Auswirkungen auf die momentane Lebensgestaltung. Als hinderlich beurteilt ein Proband den Heimaufenthalt für eine zukünftige Berufsausbildung und eine Arbeitstätigkeit. Die Aussagen zwei weiterer Bewohner/innen spiegeln die Aussichtslosigkeit für das zukünftige Leben wider. Sie sehen keine Alternative zum Wohnen im Heim. Es ist die letzte Lösung.

Hervorstechend sind die Konsequenzen des institutionellen Wohnens auf die sozialen Beziehungen. Alle Interviewpartner/innen geben an, dass sich die Kontakte zur Familie seitdem auf wenige Personen beschränken. Von den Familienangehörigen werden sie aber nur gelegentlich bis selten im Wohnheim besucht. Ein Befragter besucht diese ebenfalls mitunter, eine andere besucht ihre Familie nicht. Die ausbleibenden familiären Besuche machen traurig. Neben den Kontakten zur Familie sind auch die zu Freunden aufgrund der Entfernung abgebrochen bzw. haben abgenommen.

„Nicht mehr. (--). Nein. (2) Das ist alles hin. (--). Aus dem Auge, aus dem Sinn“ (I-K, 456f.).

Drei Bewohner/innen haben keinen Kontakt zu früheren Freunden, zwei stehen in dürftigem Kontakt zu einzelnen Freunden, die am früheren Wohnort leben. In der Wohneinrichtung haben lediglich drei Interviewte neue Freunde und Bekannte gefunden. Freundschaften haben die beiden anderen dort nicht geknüpft. Sie haben oberflächlich gute Kontakte zu den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern. Unternehmungen mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern sind auf gelegentliche Gespräche und gemeinsame Spaziergänge in den Ort reduziert. Die bestehenden Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern bewerten drei Befragte als ausreichend.

Eine Frau beklagt, dass sie aufgrund intellektueller Unterschiede mit ihrer Zimmermitbewohnerin kaum gemeinsame Interessen hat und wenig Gespräche führen kann.

„Manchmal ist es halt schön, wenn man jemanden hat (--). wo man mit reden kann, aber (1) aber: mit der: (--). kann kann/ (1) kann ich nicht reden (1) also die: (2) wie soll ich das jetzt ausdrücken (--). ohne das ich:: (2) mich falsch:: (.). ausdrück (1) die ist äh: geistlich (1) nicht so auf dem Stand wie ich (-) also mit der kann ich. (-) nicht viel reden (1) moin und (--). ja das das alles das ist denn noch (---) in Ordnung, aber (2) die:: auch wenn ich (--). so: im Fernseh mir mal (1) die Merkel angucke und so, politische Sendungen, denn dreht sie sich rum und schläft (1) ne also (2) da bin ich denn ganz alleine mit (1) ah:: (1) aber was sie, unser Charly und so was, guckt sie mit (---) ne (--). der Affe da“ (I-K, 270ff.).

Die Gesellschaft der Mitbewohner/innen schätzt eine Interviewte, da sie nicht gerne allein ist. Wie ein anderer Befragter passt sie sich an die Gruppe der Mitbewohner/innen an, um Kritik und Sanktionen zu entgehen. Sie widerspricht dieser bloß, um eine abweichende Meinung kundzutun. In die Gruppe integriert ist sie nicht. Der andere Bewohner fühlt sich dahingegen der Gruppe zugehörig, ist aber nicht stark in diese eingebunden. Er hat vorwiegend Kontakt zu arbeitenden Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, weil sie unter gleichen medikamentösen Einschränkungen leiden und sich ebenso gerne zurückziehen.

Ein weiterer Interviewpartner steht der Ablehnung durch die Gruppe der Mitbewohner/innen, die sich in Provokationen bzw. verbaler Gewalt äußert, hilflos und mit Unverständnis gegenüber. Dennoch hat ein Mitbewohner für ihn Vorbildfunktion. Dieser Proband beschreibt eine starke Bindung sowie eine große Nähe zum Personal. Deren Professionalität beurteilt er anhand der Freundlichkeit.

„Nett (.). sind alle nett. Der [Vorname des Heimleiters] ist auch nett und [Vorname der Pflegedienstleitung]. Aber das ist mit [Vorname der Pflegedienstleitung] komm ich am besten aus. Und mit [Vorname des Heimleiters]. (1) Bei (.). zwei Mitä/ (.). professionelle Mitarbeiter. (1) Aber [Vorname des Heimleiters] und [Vorname der Pflegedienstleitung], die die machen immer so Touren und (-) dann bin ich traurig, also wirklich“ (I-B, 456ff.).

Außerhalb des Wohnheims haben die meisten interviewten Bewohner/innen keine Kontakte zu Ortsansässigen. Ein Befragter bedauert diesen Umstand. Allein zwei Probanden schildern nachbarschaftliche Kontakte; der eine steht mit den Nachbarn des Wohnheims in

Gesprächskontakt, der andere hat die zukünftigen Nachbarn der Außenbereichswohnung bereits kennen gelernt.

6.10 Hilfen

Die stationäre Wohneinrichtung als Teil des psychiatrischen Versorgungssystems bietet psychisch kranken Menschen Hilfe und Unterstützung. Die Aussagen der Interviewpartner/innen zu den von ihnen benötigten bzw. erfahrenen Hilfen sind allerdings eher dürftig. Zwei Befragte schildern, keine Hilfe zu brauchen. Ein anderer ist auf viel Unterstützung angewiesen. Er macht diese dann aber lediglich an der Vorbereitung zur Körperpflege fest. Die befragten Bewohner/innen identifizieren zudem folgende Hilfen: Behandlung der Schuppenflechte sowie in Ausnahmefällen Rückenwaschen durch die Pflegenden, Kochen lernen, Übernahme der überfordernden Haushaltstätigkeiten, Gespräche über psychisches Erleben, heutige Medikamente und Zugehörigkeit zur Gruppe der Bewohner/innen.

Im diesem Zusammenhang gibt ein interviewter Bewohner an, dass die Mitarbeiter ihm Hilfe beim Erleben verbaler Gewalt verweigern.

„Wenn ich wenn ich geärgert werde, h/ he/ helfen die mir gar nich mehr. Die sagen (-) denken immer ich ich hab Schul/ ich fang an. Ich hab Schuld, dass ich (-) ich fang damit an mit dem mit ähm Ärgern und so. (1) Und dann (-) dann denk ich immer (---) wenn ich über alles dann ärgere immer, ich ich krich immer die Schuld immer“ (I-B, 894ff.).

Nicht das Geringste ist hilfreich im Wohnheim, wie eine Probandin äußert. Für einen weiteren Befragten ist jegliche Hilfe undenkbar.

Auffallend ist, dass die Interviewten die Rolle der Pflegenden im Bereich der Hilfen kaum wahrnehmen und sie explizit nur an der Unterstützung bei der Körperpflege festmachen.

6.11 Zufriedenheit

Im Zusammenhang mit ihrer Zufriedenheit über die momentane Lebenssituation verweisen die befragten Personen auf ihr Zimmer, was sie als schön und groß beschreiben. Drei Interviewte halten sich gerne in ihrem Zimmer auf. Die persönlichen Gegenstände im Zimmer sind dabei wichtig für das Wohlbefinden. Eine andere Bewohnerin hält sich nicht gerne in ihrem Zimmer auf und vermeidet weitestgehend den Aufenthalt dort.

„Bin nur (2) bin nur zum Schlafen (1) im Zimmer. (--) Sonst bin ich im Zimmer gar nich“ (I-G, 266f.).

Bis auf einen Interviewpartner, der sich nie langweilt, geben alle ein gelegentliches Gefühl der Langeweile an. Abhängig ist diese sowohl von fremdbestimmten als auch autonomen

Aktivitäten. Langweilig ist es am Abend, am Wochenende ohne Therapie und bei längerer Untätigkeit. Weiterer Indikator ist das Fernsehprogramm.

Einprägsam charakterisiert eine Befragte die Zufriedenheit über ihr Leben im Wohnheim mit der Aussage: „das gefällt mir ja auch ganz gut hier, aber“ (I-K, 247f.). Für einen weiteren Bewohner stellt sich sein Leben bzw. sein Einzug ins Wohnheim erst retrospektiv als gute Idee dar.

Die Beurteilung ihres Lebens steht bei einer anderen Interviewpartnerin unter dem Aspekt der Erduldung. Sie gibt an, sich im Wohnheim aufgrund einer fehlenden Alternative sowie im Vergleich zur geschlossenen Station wohl zu fühlen. Hierzu trägt die größere Freiheit im Wohnheim vergleichend zur geschlossenen Station bei. Mit ihrem Leben ist sie gezwungenermaßen zufrieden, Langeweile nimmt sie hin.

6.12 Resignation

In einem Interview sind die durch Resignation gekennzeichneten Aussagen der Probandin besonders auffallend. Sie beziehen sich sowohl auf die Gehbehinderung, die beschränkten finanziellen Mittel, das Leben im Wohnheim, dessen Strukturen als auch auf die Persönlichkeit und das Verhalten des Personals. Exemplarisch hierfür stehen folgende Interviewpassagen:

„Ja. (2) fühl mich hier wohl. Also ich muss mich ja wohl fühlen (--) und (--) bin hier in [Name des Wohnheims] (1) und (-) bis ich st:: (--) sterbe, muss ich ja auch hier bleiben“ (I-G, 4ff.).

„Ja, also (---) war dann:: mit zufrieden mit mein Leben. (--) Bin ich. Muss ich ja. (---) Anders gehts ja nich. (-) Nich? (1) Geht ja nich anders“ (I-G, 120f.).

„Ich hab mich jetzt so mit abgefunden. Muss ich ja. (1) Muss eben (1) damit klar kommen, (1) wie das is. (1) Ich kanns ja auch nich ändern (-) und die ändern, wirds ja auch nich“ (I-G, 442ff.).

Häufig spricht die Interviewpartnerin davon, sich „abgefunden“ zu haben und dies auch zu müssen. Für sie stellt sich Veränderung unmöglich dar.

Anzeichen für Resignation finden sich ebenso in einem weiteren Interview, als die Befragte vom Verhalten ihrer Betreuerin berichtet. Die Betreuerin verhindert die Realisierung ihres Auszugswunschs, worüber sie sich wütend äußert, es schlussendlich aber mit den Worten „was solls“ (I-K, 549) hinnimmt.

6.13 Veränderungswünsche im Wohnheim

Obwohl die Aussagen der Bewohner/innen über das Leben im Wohnheim nicht von einer ausgesprochenen Zufriedenheit zeugen, haben drei Interviewpartner/innen keine Veränderungswünsche.

„Weiß nich. Fällt mir gar nichts zu ein, muss ich sagen. Hehehe. (1) Ich habe so im Moment nichts“ (I-V, 470f.).

Ein Befragter erhofft sich mehr Auswahl beim Kleidungskauf, eine andere mehr Personal und Ergotherapie am Wochenende.

„Das ma noch mehr Therapie hätten (1) samstags und sonntags auch, aber (--) das wird da schon mal nix sein (-) nix werden“ (I-K, 626f.).

Letzt zitierte schließt ihren Wunsch somit aber bereits im Vornherein aus.

6.14 Wünsche und konkrete Pläne für die Zukunft

Konkrete Zukunftspläne hat nur ein Interviewpartner. Der Umzug in eine Außenbereichswohnung ist geplant. Zudem überlegt er, evtl. eine Tätigkeit in der Behindertenwerkstatt aufzunehmen.

Für die Zukunft haben aber alle befragten Bewohner/innen Wünsche. Generell erwähnen sie hierbei, ein besseres Leben und Erfolg im Leben zu wollen. Konkret äußern zwei Befragte den Wunsch nach Auszug aus dem Wohnheim. Diese beiden möchten in einer Zweizimmerwohnung leben, die eine Bewohnerin in der Nähe ihrer Familienangehörigen, der andere in einer Großstadt. Aber auch in den Aussagen anderer Interviewter wird der Auszugswunsch deutlich, wenn ein Bewohner gerne in einer Wohngemeinschaft leben und ein anderer ein Haus bauen möchte.

Die Ausführungen des Letztgenannten sind in ihrer bildhaften Sprache besonders herausstechend:

„Haus bauen, (-) w/ wo wo ich dann dann mi/ mit (.) mi/ mit (.) mit (.) mit mit meine Freundin (-) [Vor- und Nachname der Freundin] (--) einziehe ei/ einziehen könnte. (4) U:/ und und und und (-) dann d/ dann d/ dann will w/ will wird wird denn später (-) geheirat/ geheiratet auch (-) auch (-) auch (-) auch (--) auch auch auch heiraten. (1) Dann ja, auf jeden Fall. Ja. (6) Ja:“ (I-Z, 526ff.).

„Auf auf jeden Fa/ auf jeden Fall nen Garten. Und nen Hund krieg ich. (7) Vorne vor/ vor/ vorne schön (--) vorne schön nen Rasen (--) des ist jetzt äh vorm Haus“ (I-Z, 533f.).

„Vorm Haus dann äh dann äh dann ei:/ ein ein ein (-) ein (-) ein (-) ein (-) schönes schö/ schöne (.) schönes (-) schönes schö/ schö/ schönes schönes (-) schönes Blumenbeet (1) und da das vorm vorm Haus (.) vorm Haus dann dann schönen Rasen. (2) Ja“ (I-Z, 543ff.).

„Auf jeden Fall. Unser schö/ schönes Haus, (-) wo wo (-) wo wo wo wo wo (-) meine Freu/ Freundin Frau und i:/ ich drin wohnen, (-) schö/ schö/ schöne schönes Wohnz/ Wohn/ Wohn/ Wohnzimmer, (-) schöne Möbel, (-) die sind so schön (.) schön (.) ge:/ schön (-) gem/ gemütlich (-) ge/ gemütlichst (.) lichst (.) lich (.) So/ Sofa (2) ja. (6) Und und (--) und und na/ na/ natürlich au/ auch (.) auch auch ei/ ei/ eine einen Keller ne. (-) Keller“ (I-Z, 548ff.).

Mit seiner Vorstellung des Hausbaus sind andere Wünsche verbunden, wie ein Haustier. Zudem ersehnt er, seine Freundin zu heiraten und mit ihr zusammenzuleben. Für seine Zukunft wünscht sich ein weiterer Proband eine Partnerschaft, wobei er diese ebenfalls mit dem Zusammenwohnen verknüpft.

Finanzielle Unabhängigkeit und eine Berufs- bzw. Arbeitstätigkeit erhoffen sich jeweils zwei interviewte Personen. Die Verfügung über „mehr Geld“ (I-Z, 455) dient lediglich der Erfüllung anderer Wünsche, z.B. Kauf von Lektüre und Zigaretten. Für einen Befragten tritt zum Verlangen nach Arbeitstätigkeit das nach Bildung hinzu. Er trägt sich mit dem Gedanken an eine weitere Berufsausbildung.

Die mehrfache Benennung der erträumten Australienreise zeugt bei einem Interviewpartner von einem starken Wunsch. Er erwägt zuweilen sogar eine Auswanderung.

„Obwohl (-) i/ ich möchte gern mein Leben mein Rest des Leben:: in: (.) geht mit nach Australien, (-) aber ich darf nicht nach Australien ziehen. Das/ ich komm da nicht hin nach Australien“ (I-B, 514ff.).

Andere Wünsche, die von den Interviewten geschildert werden, beziehen sich auf die nähere Zukunft. Eine Bewohnerin begehrt ein Einzelzimmer im Wohnheim. Drei Befragte wünschen sich mehr Kontakt zur Familie. Sie führen dabei häufigere Besuche der Familienangehörigen im Wohnheim, häufigere Besuche bei der Familie und gemeinsame familiäre Unternehmungen an. Verständnis und Anerkennung von der Familie erhofft sich ein Befragter. Auch die sozialen Beziehungen zu Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohnern und zum Personal geraten in den Blick. Hierbei wird sich stärkerer Zusammenhalt der Bewohner/innen sowie Verständnis, Anerkennung und Hilfe bei Problemen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewünscht.

Neben dem Wunsch der körperlichen Gesundung, wie ihn zwei Probanden äußern, steht der nach Anerkennung der psychischen Erkrankung. Angestrebt werden die gesellschaftliche Akzeptanz der psychischen Erkrankung und der eigenen Person, obendrein die Wahrnehmung der wirklichen Persönlichkeit.

„Ich würde gern so machen, dass Leute verstehen, dass sie mich besser (1) dass Leute nicht irgendwie sagen (-) nehmen wie ich bin. Wie ich immer (.) meine Fehler nehmen wie ich bin (-) und mich nicht immer so so runter runterziehen, immer. Runterziehen. (--) Dass sie nehmen eben mal, dass dass sie mich nehmen“ (I-B, 936ff.).

„Jedenfalls hab ich Probleme, dass mich Leute nicht verstehen, wie wie ich eigentlich so (.) in Wirklichkeit bin. Ich bin eigentlich ganz nett. (--) Aber (-) für die anderen (--) die ganzen Leute“ (I-B, 964ff.).

7. Diskussion

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie offenbart die subjektive Sicht psychisch kranker Menschen, die in einem Wohnheim leben, ein Bild psychiatrischer Versorgung, das immer noch von Machtstrukturen gezeichnet ist. Es nimmt gravierenden Einfluss auf die psychisch kranken Menschen, die in diesem System Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Bis zum Eintritt in das psychiatrische Versorgungssystem blickt die Mehrzahl der Interviewpartner/innen bereits auf einschneidende traumatische Erfahrungen zurück, wie das Erleben von Gewalt und den Tod der Mutter im Kleinkindalter. Darüber hinaus wirkte sich die psychische Erkrankung folgeschwer auf ihr Leben aus. Die psychische Erkrankung beeinträchtigt nicht nur die Gefühlswelt. Sie hat ebenfalls umfassende Konsequenzen für die Gestaltung der beruflichen Rolle und der sozialen Interaktionen. Ihre Folgen, mangelnde Kommunikations- und Empathiefähigkeit, ziehen in Interaktion mit Pflegenden ein Gefühl der Überforderung nach sich. Die psychische Erkrankung verhinderte Berufsausbildung und führte zum Verlust der Arbeitsstelle. Sie verändert das Leben und die Wünsche maßgeblich. Die Erkrankung und deren medikamentöse Behandlung beschränken die Alltagshandlungen. Zur Erfüllung von Lebenswünschen ist Krankheit ein Hindernis. Wünsche nach Familiengründung, Fernreise, Besitz eines Hauses und eines Autos sind für die befragten Personen unerreichbar.

Nicht aber die Erkrankung, sondern die Institutionen der psychiatrischen Hilfe prägen das Leben psychisch kranker Menschen entscheidend, wobei die vorliegenden Ergebnisse insbesondere auf eine weitreichende Einflussnahme der stationären Wohneinrichtung verweisen. Die Interviewpartner/innen erfahren mit der Inanspruchnahme des Hilfesystems zunehmend Fremdbestimmung. Bereits in der psychiatrischen Behandlung waren sie mit der Macht Professioneller (Mediziner/innen, Betreuer/innen, Pflegende) konfrontiert. Die Professionellen verfügten über den Ort der Behandlung mit der Überweisung zum Psychiater und der Klinikeinweisung. In der Verfügung der Professionellen über das definitive Monopol (vgl. Illich 1979, 15) bestimmten sie die neue Rolle der Befragten, die des psychisch Kranken. Die Klinikeinweisung stellt sich in diesem Zusammenhang als sanktionierende Maßnahme der Gesellschaft dar, denn sie erfolgte aufgrund von Zwangsmaßnahmen unfreiwillig und die Einweisungsgründe blieben den Betroffenen unbekannt. Die Autonomie war durch die Behandlung grundlegend eingeschränkt, was besonders in den Schilderungen der Unterbringung in einer geschlossenen Station ersichtlich wird. Obendrein führte der Klinikaufenthalt zur Bestellung einer gesetzlichen Betreuung und damit wiederum zum

Verlust der Selbstbestimmung in der Regelung der eigenen Rechtsangelegenheiten. Seitdem besteht ein Abhängigkeitsverhältnis zur Betreuung, was asymmetrische Handlungschancen in allen Bereichen des Lebens beinhaltet. Zugleich war der Einzug ins Wohnheim fremdbestimmt und keineswegs freiwillig, da entweder keine andere Wahl bestand, er durch die gesetzliche Betreuung ohne Mitspracherecht bestimmt oder von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der Klinik bzw. des vorherigen Wohnheims angestrebt wurde.

Die von Goffman (1973) erläuterten Merkmale totaler Institution finden sich m.E. weiterhin in den stationären Versorgungseinrichtungen. Die Strukturen sowohl der psychiatrischen Klinik als auch der stationären Wohneinrichtung sind von Herrschaft gekennzeichnet. Innerhalb dieser Bezugsrahmen ist die Situation von Personal und Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern asymmetrisch. Während des Klinikaufenthalts war den vom Personal aufgestellten Regeln Folge zu leisten. Die Pflegenden sorgten für deren Einhaltung, wie die Befolgung der vorgegebenen Tagesstruktur. Medikamenteneinnahme bedeutete Zwang, da von ihr die Entlassung abhängig war. Institutionell festgelegte Zeiten determinieren ebenfalls das Leben im Wohnheim. Die Bewohner/innen haben sich dieser Struktur so weit unterworfen, dass sie die frei zu gestaltenden Tageszeiten teilweise nicht selbstständig ausfüllen können. Freie Zeit wird zu Wartezeit und mit Schlafen hinter sich gebracht. Das Leben der Bewohner/innen wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reglementiert. Die Pflegenden fordern die Einhaltung der Ernährungsregeln, teilen Zigaretten zu und erwarten, dass sich die Bewohner/innen im Gemeinschaftsbereich aufhalten. Institutionelle Regeln und daraus folgende sanktionierende Interaktionen dominieren das Leben der Bewohner/innen (vgl. Giddens 1992, 211). Voraussetzung für eine Ergotherapieeteiligung ist die Erfüllung der vorgegebenen Tätigkeiten. Dieser Aspekt impliziert ein Bestrafungssystem, da Ergotherapie Beschäftigung im strukturierten Alltag bietet und mit Freude verbunden ist. Die eingeforderte Disziplin bringt eine ausgeprägte Anpassung an die institutionellen Regeln mit sich. Der persönliche Handlungsraum ist stark von den festgelegten Strukturen beeinflusst, denn ohne fremdbestimmte Tätigkeiten entsteht Langeweile. Im Extremfall werden die Handlungen ausschließlich an den Vorgaben des Personals ausgerichtet. Obwohl die Autonomie der Bewohner/innen drastisch begrenzt ist, haben sie keine oder kaum Veränderungswünsche für ihr Leben im Wohnheim. Jahrelange Fremdbestimmung schafft Resignation.

Die für die Befragten wichtige Privatsphäre wird in einigen Bereichen durch das Leben im Wohnheim beschnitten. Durch die Unterbringung in einem Zweibettzimmer mangelt es an Rückzugsmöglichkeit. Zwar leben andere Interviewpartner/innen in einem Einzelzimmer,

womit sie auch ihre Entscheidung für den Einzug in dieses Wohnheim begründeten und welches zu ihrer Zufriedenheit beiträgt, gleichwohl sind sie der Kontrolle und der Beobachtung der Pflegenden ausgesetzt, woraus negative Konsequenzen für den Zusammenhalt der Bewohner/innen resultieren.

Der zuvor erfahrene essentielle autonome Handlungsraum, den die interviewten Bewohner/innen an Berufs- bzw. Arbeitstätigkeit, eigenständiger Wohnortwahl und finanzieller Unabhängigkeit festmachten, ist im Wohnheim wesentlich eingeschränkt. Erfahrungen von Autonomie sind dabei weiterhin an die Bereiche Wohnortwahl, finanzielle Mittel und Arbeitstätigkeit geknüpft, nur umfassen sie ein erheblich geringeres Handlungsspektrum. Die Arbeitstätigkeit ist auf die Behindertenwerkstatt und die Ergotherapie begrenzt, wie andere Aktivitäten auf den eigenen Körper, die alltäglichen Verrichtungen, die vom Personal zugeteilten Arbeiten und die Freizeit. Die freie Verfügung über die eigenen Finanzen ist auf ein zugeteiltes wöchentliches Taschengeld beschränkt. Die Wohnortwahl Heim traf lediglich ein Befragter selbstständig. Zudem wird in Interaktion mit Professionellen in einem limitierten Rahmen Autonomie erlebt. Eine Bewohnerin nutzt hierzu die Mittel Kommunikationsabbruch und Umgehung von Verboten, die vom Personal aufgestellt wurden.

Für die befragten Personen ist die üblicherweise bestehende Trennung von Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich im Wohnheim aufgehoben. Hiermit erfüllt die stationäre Wohneinrichtung offenbar das zentrale Merkmal totaler Institutionen, denn augenscheinlich finden alle Angelegenheiten des Lebens in dem festen Ort der Einrichtung statt (vgl. Goffman 1973, 17). Die interviewten Bewohner/innen verlassen die Einrichtung kaum. Sie bewohnen dort ein Zimmer und nehmen an der Ergotherapie teil. Ihre Freizeit verbringen sie zumeist im Wohnheim bzw. gestalten sie mit vom Wohnheim initiierten Aktivitäten (Ausflüge, Urlaub). Allerdings büßen die Bewohner/innen nicht der Möglichkeit ein, das Wohnheim zu verlassen. Sie gestalten die Freizeit nach ihren Wünschen, gehen z.B. in den Ort oder unternehmen Fahrradtouren in der näheren Umgebung.

Dennoch sind ihre sozialen Beziehungen zur Außenwelt eingeschränkt. Der Heimaufenthalt zog eine Abnahme bzw. Abbrüche bestehender sozialer Beziehungen nach sich; neue Kontakte zur Außenwelt entwickelten sich gemeinhin nicht. Seither die Befragten im Wohnheim leben, haben sie lediglich zu wenigen Familienangehörigen Kontakt, wobei Zusammentreffen mit ihnen zugleich rar sind. Besonders relevant ist dieser Umstand im Hinblick auf die Darstellung positiver Lebensereignisse, denn diese stehen zumeist im

Kontext mit dem Gefühl von Liebe in der Herkunftsfamilie bzw. in der Partnerschaft. Wohnen im Heim beraubt die Interviewten also partiell diesem wichtigen Gefühl. Auch Freundschaften endeten, zu einzelnen werden sie dürftig aufrechterhalten. Beziehungsabbrüche sind die Folge einer Kausalkette. Mit dem Umzug in das ländlich gelegene Wohnheim fern des vorherigen Wohnorts kommt es zu finanzieller Beschränkung, aufgrund dieser selbstständige Besuche bei Familie und Freunden mit dem öffentlichen Verkehrssystem kaum realisierbar sind. Der soziale Umgang ist somit auf die Gruppe der Bewohner/innen fokussiert.

Durch körperliche Krankheiten, denen die Befragten eine gleichwertige Rolle zur psychischen Erkrankung zuschreiben, ist der Aktionsradius zum Umfeld eingeschränkt. Sowohl die Kontaktaufnahme zu Ortansässigen als auch Beziehungen im Wohnheim selbst sind deswegen erschwert, denn selbstständig können bestimmte Orte nicht aufgesucht werden. Innerhalb der Institution kommt es zu erzwungenen, kontinuierlichen Beziehungen (vgl. Giddens 1992, 210), indem z.B. eine Interviewte ihr Zimmer mit einer anderen Bewohnerin teilt, obwohl deren Verhalten oft störend empfunden wird. Andere Interviewpartner/innen passen sich der Gruppe der Mitbewohner/innen an, um Sanktionen zu entgehen, halten die Kontakte aber eher oberflächlich. Ist die Person der Ablehnung der Gruppe ausgesetzt, kann sie dieser nicht entgehen.

Folgenreich für die Persönlichkeit ist der Verlust persönlichen Eigentums, das jeder als eine Art Identitätsausrüstung zur Aufrechterhaltung seiner Fassade benötigt. Auf diese Weise wird das Selbst verletzt (vgl. Goffman 1973, 30). Die interviewten Bewohner/innen besitzen nur wenige eigene Gegenstände. Sie messen ihnen eine erhebliche Rolle für ihr Wohlbefinden bei, was die Annahme der Notwendigkeit für ein stabiles Selbst bekräftigt.

Das Individuum kann gegenüber den geschilderten institutionellen Lebensbedingungen nicht indifferent bleiben (vgl. Riemann 1984, 118). Schon während der psychiatrischen Behandlung waren die Interviewpartner/innen mit dem professionellen Theoriebestand konfrontiert. Der Einfluss der psychiatrischen Identitäts- und Wirklichkeitsbeschreibung wird in der Benennung der Erkrankung deutlich. Ein Interviewpartner, der mehrfach in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurde, übernimmt selbstverständlich die medizinische Kennzeichnung seiner Erkrankung und deren prognostische Zuschreibung. Durch seine wiederholten Aufenthalte in der Psychiatrie drang die psychiatrische Terminologie in sein persönliches Kategoriensystem ein (vgl. Riemann 1987, 446f.). Eine andere Interviewte macht sich die professionelle ätiologische Zuschreibung zu Eigen. Sie nutzt den Moment der

Verantwortungsentlastung, der diesem Prozess innewohnt (vgl. Riemann 1984, 119), denn die Erkrankung wird hiernach der Vererbung zugewiesen. Hierin liegt ebenso die Begründung, dass der zuvor genannte Proband die medizinische Krankheitsursache – Cannabiskonsum – anzweifelt. Eine Handlungsentlastung birgt sie nicht, da der Krankheitsbeginn so gesehen eigen verschuldet ist. Auf elementare Weise nimmt daneben die medikamentöse Behandlung Einfluss auf den Alltag (vgl. Riemann 1987, 501). Ein Befragter beschrieb sein großes Schlafbedürfnis. Infolgedessen hat er zumeist Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern, die ebenfalls unter diesen Wirkungen der Psychopharmaka leiden.

Die psychiatrische Prozessierung führt weitere Entfremdungsfolgen herbei. Die Hospitalisierung hat Konsequenzen für das Fremdwerden gegenüber Interaktionspartnerinnen und -partnern. Der Klinikaufenthalt ging mit der Abwertung durch ein Familienmitglied einher; der Partner schränkte währenddessen den Umgang ein. Wie bereits im Zusammenhang mit dem Konzept der totalen Institution erläutert, sind die Kontakte zu Menschen außerhalb des Wohnheims offensichtlich vermindert. Es erfolgt ein negativer Vergleich mit der eigenen Altersgruppe. Dieser bedingt ein Minderwertigkeitsgefühl, das hauptsächlich mit den Kategorien „Normalität“ und „Gesundheit“ in Verbindung steht. Hier heraus entwickelt sich eine Befangenheit gegenüber realen und möglichen Interaktionspartnerinnen und -partnern. Der Aufbau von Beziehungen und die Kontaktknüpfung kann deshalb vollkommen vermieden werden (vgl. Riemann 1987, 405). Oberflächliche Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, wie von zwei interviewten Personen beschrieben, reichen aus. Freundschaften gingen diese Bewohner/innen nicht ein. Lediglich drei Befragte fanden neue Bekannte und Freunde bzw. eine Partnerin.

Auf Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie, wie Riemann (1987, 434ff.) sie darlegt, können anhand einzelner Aussagen von Bewohner/innen Rückschlüsse gezogen werden. Schmerzhaftes Erinnerungen an die eigene Vergangenheit führen zur Vermeidung der Rekapitulation der damit verbundenen traumatischen Erlebnisse. Die Ausführungen bezüglich der Gründe für den Wohnhomeinzug begrenzte ein Proband, indem er angab, dass ihm ein Gespräch über dieses Thema schwer fällt. Ein anderer verwehrte die Nennung der psychiatrischen Klinik, in der behandelt wurde, und beließ es bei der Angabe, sich dort nicht wohl gefühlt zu haben. Daneben finden sich Anhaltspunkte für den Verzicht auf die Zuständigkeit zur eigenen Biographie. Die Gründe für den Einzug ins Wohnheim bleiben unbekannt. Die Entscheidung hierzu trafen andere (Partner/in, Pflegende, Betreuer/in). Da die Professionellen keine Alternativen aufzeigten, gab es auch keine anderen Möglichkeiten. Sowohl der Umzug in dieses Wohnheim als auch in eine

Außenbereichswohnung ist an die Entscheidung Professioneller gebunden. Im Hinblick auf Arbeitstätigkeit wird die Abhängigkeit von professioneller Planung ebenfalls ersichtlich. Dem Wunsch nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit wird nicht nachgegangen. Indem sich professioneller Einschätzung angeschlossen wird, mutet ausschließlich eine Tätigkeit in der Behindertenwerkstatt erdenklich an. Hinweise für das Verharren in einem Zustand der Regungslosigkeit können in einem Interview identifiziert werden. Der Proband fühlt sich im Vergleich zu allen Menschen minderwertig. In allen Bereichen des Lebens versagt er, daher sind weder die alltäglichen Anforderungen zu erfüllen, noch ist eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

Im Widerstand gegen die psychiatrische Prozessierung kommt der Versuch zum Ausdruck, die Zuständigkeit für die eigene Biographie zu verteidigen bzw. wiederzugewinnen. Die Gegenwehr äußert sich in der Verweigerung institutioneller Unterbringung (vgl. Riemann 1987 460ff.). Sie kristallisiert sich im massiven Wunsch, aus dem Wohnheim auszuziehen, und in der Ablehnung zukünftiger Klinikaufenthalte heraus. Mit der alltagssprachlichen Kennzeichnung der Erkrankung lehnt sich eine Probandin gegen die psychiatrische Etikettierung auf. Auflehnung in unterschiedlicher Form ist eine Praktik zum Schutz des Selbst gegenüber dem übermächtigen Zugriff der Institution (vgl. Giddens 1992, 211). Weitere Strategien lassen sich im Sinne von sekundärer Anpassung entdecken. Das Ernährungsverbot umgeht eine Bewohnerin. Sie kauft die verbotenen Speisen vom frei verfügbaren Taschengeld und konstruiert sich so eine erträgliche Welt in den Lücken des verwalteten Raums (vgl. Giddens 1992, 211). Eine andere übernimmt die Rolle einer perfekten Bewohnerin (vgl. Goffman 1973, 67). Sie passt sich allen Regeln des Personals an und unterlässt sonst jegliche Aktivitäten. Diese Anpassungsstrategien erlauben den Bewohnerinnen und Bewohnern, Distanz zu wahren und eine vollständige Verschmelzung ihrer Identität mit dem Weltbild und der Ordnung der Institution zu verhindern (vgl. Goffman 1973, 185).

Die Aussagen der vorliegenden Ergebnisdiskussion bestätigen die Annahmen der Untersuchung von Vock et al. (2007a, 314ff.). Deren detaillierte Fallstudien machen ebenfalls deutlich, dass einige psychisch kranke Menschen gegen die Bedingungen im Wohnheim aufbegehren, wiederum andere ihre Ansprüche reduzieren und die Zustände hinnehmen. Die Lebenswelt Heim weist obendrein Elemente totaler Institution auf. Beispielhaft hierfür stehen die Zusammenfassung des gesamten Alltags an einem Ort, die Trennung von Personal und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die Kontrollmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen sowie die Fremdbestimmung. Die Bewohner/innen verfügen aber auch über einen Zeitrahmen, den sie

individuell gestalten können. Zum Kontext totale Institution unterscheidet sich das Wohnheim hiermit in einem wesentlichen Punkt. Im Anschluss an Koch-Straube (1997, 346) und Heinzelmann (2004, 222) kann es als „gemäßigte totale Institution“ bzw. „Pseudo-Totale-Institution“ definiert werden. Trotz der Restriktionen funktioniert das System Wohnheim. Zechert (2003, 9) rückt als wirkliche Substanz des Heims die Aspekte Bindung, Kommunikation und Zuverlässigkeit ins Blickfeld. Seine Annahmen finden sich in unterschiedlichen Interviews bestätigt, wenn Nähe zum Personal einen wichtigen Raum einnimmt, zuvor fehlende Alltagsstruktur gewährleistet wird und Gesellschaft der Mitbewohner/innen schätzenswert ist, da man nicht gerne allein ist.

Hinsichtlich der Zukunft psychisch kranker Menschen, wie bereits Fengler/Fengler (1994, 365) konstatierten, ist die Meinung des Personals entscheidender als deren eigene Vorstellungen. Mitarbeiter/innen der Klinik bzw. des vorherigen Wohnheims sorgten für den Einzug in das Wohnheim. Die Möglichkeit der Kombination ambulanter Hilfsangebote blieb ungenutzt. Im Gegensatz zu Vock et al. (2007a, 104ff.), nach deren Ergebnissen zumeist die „Schwierigsten“ im Wohnheim untergebracht sind, deutet die vorliegende Interviewauswertung eher auf eine Überforderung des psychiatrischen Versorgungssystems mit mangelnder Steuerung und eine institutionsabhängige Perspektive der Professionellen hin.

Dennoch haben sich alle befragten Bewohner/innen Zukunftswünsche bewahrt. Es sind keinesfalls irrealer Wünsche. Die Interviewten sehnen sich nach einer selbstständigen Existenz mit einer eigenen Wohnung, Arbeitstätigkeit, finanzieller Unabhängigkeit, stabilen sozialen Beziehungen und Partnerschaft. Entsprechend dem Beitrag von Zechert (2003, 8) haben die Bewohner/innen einen großen Wunsch nach Normalität. Zwischen der faktischen Unterbringung im Heim und dem Wunsch nach privatem Wohnen besteht ein Grundwiderspruch. Die Bewohner/innen begehren ein Leben, das anderen Menschen offen steht. Wie auch in ihrem Streben nach gesellschaftlicher Akzeptanz der psychischen Erkrankung erkennbar wird, zielen alle Wünsche auf gesellschaftliche Teilhabe, gleiche Chancen und Inklusion in die bürgerliche Gemeinschaft hin. Der Realisierung ihrer Wünsche sehen sich die Interviewpartner/innen zumeist durch die Pflegenden bzw. die gesetzliche Betreuung beraubt. Der Weg aus dem Heim ist erst auf Bestreben der Professionellen, d.h. nach deren Beurteilung, erreichbar. Die konkreten Zukunftspläne stehen weiterhin im Zusammenhang mit professionellen Entscheidungen. Im Erleben der chronisch psychisch kranken Menschen und in ihren Erwartungen an die Professionellen sind Leben und Krankheit nicht zu trennen (vgl. Tölle 1987, 36).

Demnach kommt den Pflegenden im Wohnheim eine bedeutende Aufgabe zu. Autonomie und gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen sind abhängig von der Ausgestaltung der professionell pflegerischen Berufsrolle. Nach der Interviewauswertung kristallisiert sich die Rolle der Pflegenden allerdings als fremdbestimmend heraus. Eine unterstützende Funktion wird von den Befragten einzig in der pflegerischen Hilfe bei der Körperpflege gesehen. Eine Förderung ihrer Autonomie durch Pflegende nehmen sie nicht wahr. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass Pflegende im Wohnheim den institutionellen Bedingungen ebenso wie die Bewohner/innen unterliegen und ihnen ihre Funktion im System Heim unbekannt ist. Der Macht von Pflegekräften, die jeglicher pflegerischen Beziehung inhärent ist, sind sie sich nicht bewusst. Wie Darmanns Analyse der Pflegekraft-Patienten-Kommunikation aufdeckt, kann diese Macht zu bevormundender Interaktionsgestaltung, Ignoranz des impliziten bzw. expliziten Willens der Patientin bzw. des Patienten und Ausübung von Zwang verleiten (vgl. Darmann 2000b, 223). Zudem schreiben die Pflegenden, konträr zu Vock et al. (2007a, 333), die pathologischen Symptome nicht in erster Linie der psychischen Erkrankung zu, sondern übertragen sie auf die Persönlichkeit. Neben dem biomedizinischen Erklärungsmuster, das bislang weitgehend die professionelle Pflegepraxis prägt, lässt diese Darstellung eine Verhaftung des pflegerischen Fachwissens auf alltagstheoretischer Ebene erkennen. Einen Hinweis auf Überlegungen Professioneller zu situations- und/oder kommunikations-gebundenen Einflussfaktoren finden sich nicht.

Aufgrund der geringen Interviewanzahl kann die vorliegende Untersuchung zwar keine repräsentativen Ergebnisse liefern, gleichwohl besitzt sie das Potential, die professionellen Wissens- und Machtordnungen des psychiatrischen Versorgungssystems im Hinblick auf stationäre Wohneinrichtungen zu hinterfragen und einen Beitrag zur Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz zu leisten.

8. Schlussfolgerungen für eine professionelle pflegerische Handlungskompetenz

In der Institution Wohnheim erfahren die Bewohner/innen ihren autonomen Handlungsraum größtenteils begrenzt. Ihre subjektive Perspektive weist den Pflegenden innerhalb der fremdbestimmenden Strukturen eine Kontrollfunktion zu. Die pflegerischen Handlungen sind von Macht geprägt, der sich die Pflegekräfte augenscheinlich nicht bewusst sind. Sie richten ihre Handlungen an den institutionellen Normen aus, indem sie den Einhaltung der vorgegebenen Regeln kontrollieren. Unhinterfragt übernehmen sie die ihnen zugewiesene Rolle. Auf diese Weise erleben auch sie Fremdbestimmung durch die Institution.²³ Diese Gestaltung der pflegerischen Interaktionsstruktur deutet auf eine vorherrschende expertokratische Norm hin. Häufig greifen Pflegende auf gesetzte Regeln und schulmedizinische Richtlinien zurück, um ihre eigenen Handlungen sowie Handlungsanweisungen an Bewohner/innen zu begründen. Beispielhaft wird dies in der Kontrolle der Einhaltung der institutionell bestimmten Tagesstruktur und der Ernährungsregeln durch die Pflegenden ersichtlich. Die Bedürfnisse und Begründungsmuster der Bewohner/innen werden den stereotypen Regeln bzw. Normen untergeordnet. Die expertokratische Kommunikation bedingt die Fremd-bestimmung sowohl der Bewohner/innen als auch der Pflegekräfte. Sie behindert die Entfaltung beider Beteiligten, da sie eine Anpassung an die gegebenen Normen statt eines selbstbestimmten Lebens schafft (vgl. Darmann 2000a, 192; Darmann 2000b, 223). Individuelle Sichtweisen und Interessen der Bewohner/innen finden zu wenig Berücksichtigung. Pflegende negieren deren Kompetenz, über ihre Person und ihr Leben zu entscheiden. Infolgedessen treffen sie paternalistische, die Bewohner/innen ignorierende Entscheidungen (vgl. Darmann 2001, 21). Mit einer expertokratischen Orientierung kann das Ziel psychiatrischer Versorgung nicht erreicht werden, denn dies betont den rehabilitativen Aspekt. Es ist an der selbstbestimmten Teilhabe behinderter bzw. seelisch kranker Menschen am gesellschaftlichen Leben und der Beseitigung der Hindernisse ausgerichtet, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005, 5). Pflegenden kommt daher die Aufgabe zu, die Bewohner/innen in ihrer Autonomie zu fördern und ihnen somit eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

²³ siehe hierzu auch Bohlmann et al. 2007

Zur Bestimmung einer pfleretheoretischen Norm befindet Darmann (2000a, 192) neben der expertokratischen Orientierung zugleich die autonomistische sowie die lebensweltliche für ungeeignet, da diese Konzepte die Normen der Patientinnen bzw. Patienten in den Vordergrund stellen und die Vorstellungen der Pflegenden nicht mehr berücksichtigt werden. Folge ist demnach eine Unterordnung der Pflegekräfte. Durch ein verständigungs- bzw. interaktionsorientiertes Pflegeverständnis kann den Ansprüchen sowohl der Patientinnen und Patienten bzw. der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Pflegenden Rechnung getragen werden. Darmann (2000a, 187f.) bestimmt die Verständigungsorientierung auf Grundlage des Konzepts des kommunikativen Handelns (vgl. Habermas 1995). Dieses geht von einer Vermittlung zwischen den Perspektiven der Interaktionsteilnehmer/innen aus, die als gleichwertige Partner/innen gelten (vgl. Darmann 2001, 21). Die Bedürfnisse der beteiligten Akteurinnen und Akteure werden in einen Kompromiss überführt (vgl. Darmann 2000a, 193). Die interaktionsorientierte Norm zielt hiermit auf einen Konsens ab. Verständigung erfolgt im Medium der Sprache. Mündigkeit und herrschaftsfreie Kommunikation sind dabei in der sprachlichen Verständigung angelegt (vgl. Friesacher 2008, 276).

Für gewöhnlich wird ein Einverständnis über die im Gesagten und Getanen enthaltenen Aussagen bzw. Werte unterstellt. Im Wohnheim, wie die Ausführungen der Interviewpartner/innen bezüglich ihrer Entscheidung zum Einzug verdeutlichen, ist ein Einverständnis der Bewohner/innen nicht mehr gegeben. Das kommunikative Handeln kann damit nicht fortgesetzt, das verständigungs-orientierte Handeln aber auf der Ebene des Diskurses weitergeführt werden. Ziel des Diskurses – handlungsentlastetes, freiwilliges und gleichberechtigtes Gespräch mündiger Beteiligter über strittige Entscheidungen – ist die Herstellung eines erneuten Einverständnisses. Das Ergebnis ist ein neues Verständnis der Situation und nicht bloß ein Kompromiss. Eine entsprechende Betrachtungsweise verkörpert der symbolische Interaktionismus. Bedürfnisse, Verhaltenserwartungen und Normen sind zufolge der interaktionistischen Tradition nicht statisch; sie werden zwischen Interaktionspartnerinnen und -partnern ausgehandelt. Psychisch kranke Menschen und Pflegenden gelten in gleicher Weise als Experten und als Nicht-Wissende. Ihre Kompetenz liegt einerseits in der subjektiven Betroffenheit, andererseits im professionell pflegerischen Fachwissen. Ein verständigungs- bzw. interaktions-orientiertes Pflegeverständnis erkennt die Realität der pflegerischen Beziehung an, denn den Bewohnerinnen und Bewohnern muss nicht erst Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit ihrer Perspektive zugestanden werden. Sie ist immer schon gegeben. Wenn die Sichtweise und subjektive Betroffenheit der

Bewohner/innen nicht oder ungenügend von Pflegenden integriert wird, nehmen sie sich ihre Freiheiten selbst, was in ihrem offenen bzw. verdeckten Widerstand zum Ausdruck kommt (vgl. Darmann 2000a, 187ff.; Darmann 2001, 21f.; siehe I-K, 573ff.).

Die Umsetzung des verständigungsorientierten Konzepts ist in der Alltagspraxis ständig durch Macht- und Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern gefährdet. In der Pflege ist Gleichberechtigung und Chancengleichheit, wie im Diskurs vorausgesetzt, aufgrund der vorhandenen Machtstrukturen und der in den meisten Fällen erheblichen Informationsdifferenz bezüglich gesundheitsbezogenem Wissen häufig nicht gewährleistet. Beim kommunikativen Handeln wird von realer Herrschaftsfreiheit aber auch gar nicht ausgegangen, sondern lediglich gefordert, die Möglichkeit kontrafaktisch zu unterstellen. Demnach werden Machtstrukturen nicht negiert. Es gilt, sie transparent und somit kontrollierbar zu machen. Da das Konzept offen lässt, wie verfahren wird, wenn die psychisch kranken Menschen nicht oder nur in eingeschränkter Weise zu Selbstbestimmung und zu verbaler Kommunikation fähig sind, kann es nur vorläufig zugrunde gelegt werden (vgl. Darmann 2000a, 193; Darmann 2001, 23f.). Hinsichtlich der Gleichberechtigung und der Chancengleichheit beinhaltet es dennoch einen bedeutsamen Perspektivwechsel des professionellen Pflegeverständnisses. Ferner können die genannten Aspekte den Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegekraft und Bewohner/in unterstützen, die ohnedies schon behindert ist. Aus der Hospitalisierung psychisch kranker Menschen resultiert nämlich bei den Betroffenen ein Fremdwerden gegenüber Interaktionspartnerinnen und -partnern. In hohem Maße ist die Qualität interpersonaler Beziehungen von der inneren Haltung der Pflegenden abhängig (vgl. Wolff 2006a, 323). Mittels pflegerischer Handlungen auf der konzeptuellen Basis von Verständigungs- bzw. Interaktionsorientierung kann dem „Prozess des Sich-voneinander-Entfernens“ (Wolff 2006a, 324), an dem beide Seiten beteiligt sind, entgegengewirkt werden.

Die Beziehung zwischen Pflegenden und psychisch kranken Menschen bildet den Kern psychiatrischer Arbeit und stellt ein wesentliches Element pflegerischen Handelns dar. Allerdings reicht es nicht aus, sie alleinig der pflegerischen Rolle und Identifikation zugrunde zu legen (vgl. Schulz 2003, 141). Um den gesamten Beruf auf eine professionelle Basis zu stellen, sind Theorien fruchtbar, die die internen Strukturen professionellen pflegerischen Handelns in den Blick nehmen. Das entscheidende Ziel der Professionalisierung der Pflegeberufe ist eine wachsende Professionalität anhand pflegerischer Handlungskompetenz (vgl. Weidner 1999, 35).

Professionalisierung dringt hiermit in den Mikrobereich professionellen Handelns vor, denn Professionalität bezieht sich

„auf die Ebene des Individuums und wird als Fähigkeit und Bereitschaft verstanden, widersprüchliche und Unsicherheit auslösende Anforderungen professioneller Arbeit nicht nur zu ertragen, sondern aktiv auszubalancieren“ (Loos 2006, 70).

Der Kompetenzansatz weist Professionalität als Bildungsprozess aus und entspricht einer Kultur lebenslangen Lernens, da Handlungskompetenzen sich nicht auf einen bestimmten Arbeitsbereich beschränken. Er ist ein Versuch, ein Gleichgewicht zwischen den Qualifikationsanforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes und der Verantwortung sich selbst und der Gesellschaft gegenüber zu schaffen (vgl. Dubs 2001, 21; Raven 2006, 27; Schneider 2003, 83). Czycholl definiert Kompetenz wie folgt:

„Kompetenz als Denk- und Handlungsfähigkeit gründet sich auf persönlich-charakterliche Grundfähigkeiten und Einstellungen, die sich bei jedem Menschen im Rahmen seiner biographischen Entwicklung und Sozialisation in unterschiedlichem Maße aufbauen (Czycholl 2001, 172).

Kompetenz ist hiernach das grundsätzliche Potential eines Menschen. Sie ist nur über den tatsächlichen Gebrauch, in der Performanz, erkennbar und steht für ein kognitives Regelsystem, mit dessen Hilfe Handlungen generiert werden können. Handlungskompetenz ist nicht als eindimensionales Regelsystem zu sehen, sondern als ein wechselseitig miteinander verschränktes Strukturgefüge mehrerer relativ autonomer Kompetenzen. Basierend auf den Einzeldimensionen menschlicher Kompetenz wird berufliche Handlungskompetenz durch Berufserziehung sowie berufliche Ausbildung für und durch berufliches Handeln gebildet. Die allgemeine menschliche Handlungsfähigkeit wird so zum einen erweitert, zum anderen spezialisiert (vgl. Czycholl 2001, 173; Heursen 1995, 472; Raven 2006, 23f.). Demzufolge ist die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz Persönlichkeitsentwicklung.

Berufliche pflegerische Handlungskompetenz auf der Grundlage der konstituierenden Dimensionen – Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz – ist Grundgedanke der Pflegebildung. Dieser bedarf allerdings didaktischer Ausgestaltung, indem gegenwarts- und zukunftsrelevante Inhalte festgelegt sowie möglichst gehaltvolle Zielbestimmungen formuliert werden. Wenn Handlungskompetenz im Kontext beruflicher Bildung als „Befähigung zu eigenverantwortlichem Handeln in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen“ (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2000, 9) charakterisiert wird, schließt ein solch verankerter Kompetenzbegriff die Befähigung zu mündigem Handeln ein. Anschlussfähig an das Konzept, Bildung als Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsentwicklung als Befähigung zur Mündigkeit, ist die interaktionistische Pflegedidaktik von Darmann-Finck

(2009), auch im Sinne des zuvor erläuterten verständigungsorientierten Pflegeverständnisses. Sie knüpft an Klafki (1996) kritisch-konstruktive Didaktik an und zielt „durch den Aufbau eines mehrperspektivischen, gesellschafts- und ideologiekritischen Selbst- und Weltverständnisses“ (Darmann-Finck 2009, 2) auf eine kritisch-reflexive Identitätsbildung ab. Dieses Ziel wird durch kategoriale Bildung ermöglicht, die den dialektischen Bezug von Inhalt und Methode anerkennt und beachtet (vgl. Darmann-Finck 2009, 2; Klafki 1975, 38ff.). Bildung wird als zentrale Kategorie bestimmt sowie als kritischer und zugleich handlungsorientierter Begriff verstanden (vgl. Klafki 1980, 32; Klafki 1996, 44). Ausgehend vom geisteswissenschaftlichen Begriff der Mündigkeit implementiert Klafki drei Grundfähigkeiten, die Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit, in seine Bildungsdefinition (vgl. Klafki 1996, 52). Diese Fähigkeiten werden in der Bearbeitung von so genannten Schlüsselproblemen angebahnt. Schlüsselprobleme sind zentrale Probleme der Gegenwart und Zukunft. Sie sollen von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung sein (vgl. Klafki 1996, 56ff.). In Rückgriff auf diesen Ansatz integriert die interaktionistische Pflegedidaktik Lerninseln in das Curriculum. Diese „basieren auf beruflichen Schlüsselproblemen, also interdisziplinär und multidimensional angelegten Berufssituationen, die typische, strukturell bedingte Problem-, Konflikt- oder Dilemmasituationen beinhalten“ (Darmann-Finck 2009, 4) und werden empirisch ermittelt. Die gesammelten Daten (z.B. Berichte beruflich Pflegenden zu erlebten beruflichen Situationen mit nachhaltig negativem Eindruck, Interviews mit Patientinnen/Patienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohnern) erfordern eine Analyse, um zentrale Strukturen, Konflikte und Widersprüche zu identifizieren. Zur Aufdeckung von Zwängen und zur Einleitung von Emanzipationsprozessen legt die interaktionistische Pflegedidaktik eine heuristische Matrix hierfür zugrunde. Mit Hilfe dieser didaktischen Heuristik können für die Pflegebildung Bildungsziele und -inhalte bestimmt, legitimiert und evaluiert werden. Bezug nehmend auf die Habermasschen Erkenntnisinteressen (technisches, praktisches und emanzipatorisches Erkenntnisinteresse) löst sie den Anspruch der Ideologiekritik ein, damit Pflegebildung nicht auf der Ebene der Anpassung verbleibt. Darüber hinaus wird ein systematischer Perspektivwechsel eingeleitet, da die Zieldimensionen der pflegedidaktischen Heuristik mit den Perspektiven der an der Pflegesituation beteiligten Personen und Institutionen verschränkt sind (vgl. Darmann-Finck 2009, 2ff.).

Mit Fokus auf die fremdbestimmenden institutionellen Strukturen des Wohnheims gerät besonders die Dimension des emanzipatorischen Erkenntnisinteresses in den Blick. In der Pflege werden viele Probleme aufgrund unlöslicher Widersprüche individualisiert und die

Pflegenden implizit aufgefordert, die Schuld für Missstände auf sich zu nehmen (vgl. Bischoff 1984, 172). Diese Dimension thematisiert die kritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege (vgl. Darmann-Finck 2006, 195; Darmann-Finck 2009, 9). Sie ist geeignet, verzerrte Kommunikation und Herrschaftsverhältnisse aufzudecken und zu verändern (vgl. Friesacher 2008, 276). Die gesellschaftlich geprägten Strukturgesetzmäßigkeiten können durch Reflexion „zwar nicht außer Geltung, aber außer Anwendung“ (Habermas 1971, 158) gesetzt werden. Zum reflexiven Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen müssen diese transparent gemacht und das eigene Handeln vor diesem Hintergrund reflektiert werden (vgl. Darmann-Finck 2006, 195).

Verbunden mit der Perspektive der Pflegenden weist das psychoanalytische Instanzenmodell auf einen inneren Konflikt zwischen Triebansprüchen (Es) und gesellschaftlichen Zwängen (Über-Ich) hin. Der Mensch lernt im Sozialisationsverlauf die Bedürfnisse des Es zurückzustellen und sich an die gesellschaftlichen Anforderungen anzupassen. Die verdrängten Bedürfnisse existieren im Unterbewussten jedoch weiter, entwickeln sich unkontrolliert und beeinträchtigen die Denk- und Handlungsfähigkeit. Es besteht ein Widerspruch zwischen der Rollenerwartung und den individuellen Gefühlen psychisch kranker Menschen gegenüber, denn in der Pflegeausbildung werden häufig unrealistische Ideale, wie Hingabe, psychische Belastbarkeit und Selbstlosigkeit vermittelt. Pflegende, die sich mit diesen Normen identifizieren, können ein starres Über-Ich ausbilden und Wünsche, Bedürfnisse und Impulse verdrängen, die sich mit diesen Erwartungen nicht vereinbaren lassen (z.B. Ekel, Aggression). Innere Konflikte der Bewohner/innen werden in der Kategorie „Perspektive der zu Pflegenden“ ermittelt. Diese Analyse zielt auf die bewusste Wahrnehmung der bei der psychischen Verarbeitung von Pflegebedürftigkeit und Krankheit bzw. Behinderung wirksamen gesellschaftlichen Normen ab. Ebenfalls bestehen auf der Ebene der Institution unaufhebbare Widersprüche. Ein Beispiel hierfür ist die Antinomie zwischen Pflege und Markt. Einerseits soll Pflege dem hilfsbedürftigen Menschen dienen, andererseits dem Profitinteresse des Markts. Obendrein ist das pflegerische Handeln neben den innerpsychischen Konflikten der beteiligten Akteurinnen und Akteure und den institutionellen Widersprüchen durch eine eigene, ihm inhärente Widersprüchlichkeit geprägt (vgl. Darmann-Finck 2009, 9f.). Konstitutiv für professionelles Handeln ist im Arbeitsbündnis nach Oevermann (1996, 123) sowohl die widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen als auch von Autonomie und Abhängigkeit der Patientinnen und Patienten. Weitere Widersprüche lassen sich aus diesen zentralen ableiten, z.B. Subsumtion und Rekonstruktion (vgl. Darmann-Finck 2006, 195; Oevermann 1996, 126f.).

Vor dem Hintergrund der benannten expertokratischen Kommunikation zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern des Wohnheims sowie der damit einhergehenden Fremdbestimmung, wird das praktische Erkenntnisinteresse als pflegedidaktische Zieldimension relevant. Es gibt für jede Pflegesituation unterschiedliche Deutungen und daraus folgende Handlungsmöglichkeiten. Um die situativ adäquateste zu bestimmen, geht dem berufspraktischen Handeln immer ein Deutungs- und Urteilsprozess voraus (vgl. Darmann-Finck 2006, 194). Pflege als Beruf, der Laien bei der Bewältigung von Krisen unter dem Primat der Autonomie der Lebenspraxis unterstützt, muss sich maßgeblich dem Sinnverstehen in Form von Selbst- und Fremdverstehen bedienen. In Bezug auf das Pflegeverständnis bietet das Habermassche Konzept des verständigungs-orientierten bzw. kommunikativen Handelns, wie bereits erläutert, sowohl eine normative Orientierung als auch einen kritischen Analysemaßstab. Für die Pflegebildung ist dieser Ansatz allerdings zu erweitern, da Sinnverstehen ausschließlich im Medium der Sprache in pflegerischer Interaktion nicht hinreichend ist, denn sie erfordert ebenso ein leibliches Verstehen (vgl. Darmann-Finck 2009, 8).

Personale und soziale Kompetenzen, kommunikative und moralische inbegriffen, sowie reflexive Kompetenzen bezogen auf soziale Interaktion werden in der praktischen Zieldimension angestrebt (vgl. Darmann-Finck 2009, 7f.), um die Multiperspektivität von Pflegesituationen zu erkennen und die verschiedenen Deutungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure zu rekonstruieren bzw. den Fall zu verstehen (vgl. Darmann-Finck 2006, 194). Der kritisch-rekonstruktiven Fallarbeit als handlungsentlastete explizite Reflexion bietet der Lernort Schule dabei einen Raum (vgl. Böhnke/Straß 2006, 202). Das praktische Erkenntnisinteresse gewinnt für die Pflegenden an Relevanz, da das innere Erleben die Interaktion gravierend prägt, auch wenn es ihnen selbst gar nicht bewusst ist. Insofern können z.B. Kommunikationsstörungen mit dem Bewusstwerden der eigenen Deutungen und den damit verknüpften Gefühlen vermieden werden. Unabdingbar ist der akzeptierte Umgang dieser Emotionen zur Vorbeugung von Machtmissbrauch und Gewalt (vgl. Darmann-Finck 2009, 8). Die unbewussten Gefühle können beispielsweise zu verweigernder Macht führen, wie in einem Interview benannt. Der Proband erhält keine Unterstützung beim Erleben verbaler Gewalt und wünscht sich Hilfe bei Problemen von Pflegenden (vgl. I-B, 894ff., 909ff.), was zu der Annahme führt, dass er sie momentan nicht erhält.

Im Mittelpunkt des praktischen Erkenntnisinteresses stehen weiterhin die pflegerischen Kompetenzen des reflektierten, an den Bewohner/innen orientierten Fallverstehens und die Rekonstruktion der Gefühle, Interessen und Motive der psychisch kranken Menschen.

Daneben fokussiert diese Dimension die normativen Maßstäbe des institutionellen Handelns bzw. des Handelns von Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Institutionen und auf politischer Ebene. Im untersuchten Handlungsfeld können hierbei gegensätzliche Ziele ausgemacht werden, z.B. Teilhabe am Leben in der bürgerlichen Gemeinschaft und faktische Unterbringung im Wohnheim, gleichbedeutend mit Exklusion. In erster Linie geht es dabei zunächst um Identifikation und Transparenz dieser divergierenden Ziele, nicht um deren Bewertung. Alle anderen Kategorien münden dann in das pflegerische Handeln, da Regelwissen, Sinnverstehen und kritische Analyse gesellschaftlicher Widersprüche in die auf Verständigung ausgerichtete Kommunikation einfließen (vgl. Darmann-Finck 2009, 8f.).

Neben den zuvor erläuterten Dimensionen weisen die Interviewergebnisse auch der Ebene des technischen Erkenntnisinteresses eine Relevanz zu. Beispielhaft ist dies in der Aussage eines Bewohners erkennbar; seiner Meinung nach werden krankheitsbedingte Symptome von den Pflegenden auf seine Persönlichkeit übertragen (vgl. I-V; 555ff.). Hiernach kann vermutet werden, dass Pflegekräfte im Wohnheim nicht über ein ausreichendes Fachwissen verfügen. Gerade aber unzureichendes Wissen führt bei Pflegenden zu einer negativen Meinung gegenüber psychiatrischer Pflege (vgl. Happel 1999, 503). Der Umstand mangelnder Fachkompetenz kann in der Ausbildung der im Wohnheim tätigen Pflegenden begründet liegen, denn nach mündlicher Auskunft der Pflegedienstleistung sind dies zumeist Altenpflegekräfte. Deren Ausbildungs-inhalte sind einzig auf psychiatrisches Fachwissen zur Pflege alter Menschen (Gerontopsychiatrie) konzentriert (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002; Niedersächsisches Kultusministerium 2003). Wissenschaftlich fundierte Interventionen liegen aber in der Verantwortung psychiatrisch Pflegender im Wohnheim (vgl. Schulz 2003, 141). Ausgenommen der erforderlichen Fort- und Weiterbildung der Altenpflegekräfte bezüglich eines umfassenden psychiatrischen Fachwissens kann durch das interaktionistisch-pflegedidaktische Konzept in der Ausbildung bereits in der Zieldimension des technischen Erkenntnisinteresses ein Fundament für das erforderliche fachwissenschaftliche Regelwissen gelegt werden. Zum einen wird das theoretische und empirische Wissen eruiert, zum anderen erhalten die Auszubildenden aber auch einen Einblick in die kontinuierliche Weiterentwicklung pflege-wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die wissenschaftsbasierte Begründung des Pflegehandelns führt aus dem vorwissenschaftlichen, durch Meinungen und Traditionen bestimmten Wissen heraus. Die Pflegenden gewinnen eine Einsicht in den wissenschaftlichen Fortschritt und können ebenfalls anhand wissenschaftlichen Regelwissens Pflegesituationen reflektieren. Ihre

Bereitschaft wird gefördert, das eigene Handeln zu verändern, falls praktizierte Handlungsroutrinen überholt sind (vgl. Darmann-Finck 2009, 5f.).

Der Prozess lebenslangen Lernens wird hierdurch angeregt. Zudem ist das exemplarisch erworbene Wissen auf das psychiatrische Handlungsfeld übertragbar, bedarf jedoch im Besonderen in den Kategorien Perspektive Patientinnen/Patienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohner und Perspektive Institution/Gesundheitssystem Erweiterung, um das pflegerische Handeln an der spezifischen Pflegesituation psychisch kranker Menschen auszurichten und diese bei ihren Selbstpflegeproblemen zu unterstützen. Die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz beschränkt sich eben nicht nur auf die Ausbildung, sondern erfährt zur voll handlungsfähigen Person eine berufsspezifische Gestaltung (vgl. Raven 2006, 27).

Aufgrund der Nicht-Standardisierbarkeit und Nicht-Formalisierbarkeit professionellen pflegerischen Handelns (vgl. Friesacher 2001, 243) stellt sich die erläuterte interaktionistische Pflegedidaktik als geeignetes Modell dar, da sie die Mehrperspektivität pflegerischer Interaktion anerkennt und konzeptuell aufgreift sowie Gesellschafts- und Ideologiekritik integriert. Mit einer kritisch-reflexiven Identitätsbildung lässt sich die Forderung nach pflegeberuflicher Handlungs-kompetenz und dem damit verbundenen Anspruch nach Professionalität einlösen. Dabei verharnt Professionalität nicht auf der Ebene des Individuums, sondern wird im Raum beruflicher Sozialisation sozusagen zu einem Professionswissen (vgl. Dewe 2006, 33) und dient auf diese Weise der Professionalisierung des Pflegeberufs von innen heraus.

9. Ausblick

Berufliche Handlungskompetenz, die auf kritisch-reflexive Bildung abhebt, deckt gesellschaftliche Zwänge und bestehende Herrschaftsverhältnisse auf. Eine solch verstandene Pflegebildung leitet einen Emanzipationsprozess des gesamten Berufsfelds ein. Pflegende werden sich ihrer Rolle im System Institution bewusst, somit ihrem Einfluss auf das Leben psychisch kranker Menschen und auf deren Fähigkeit zur autonomen Lebenspraxis. Zwar können die institutionellen Rahmenbedingungen des Wohnheims nicht unmittelbar verändert werden, dennoch können Pflegekräfte auf der Grundlage eines verständigungsorientierten Pflegeverständnisses innerhalb der restriktiven Wohnheimstrukturen psychisch kranken Menschen einen größeren autonomen Handlungsraum ermöglichen und erheblich zu deren Selbstbestimmung beitragen. Mit ihrer Multiperspektivität rückt die interaktionistische Pflegedidaktik die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern in den Mittelpunkt der beruflichen Bildung. Sie begünstigt so bereits in der Ausbildung eine umfassende pflegerische Kompetenzentwicklung, damit Pflegekräfte nicht mehr ausschließlich, wie die Ergebnisse dieser Studie darlegen, in ihrer unterstützenden Funktion bei der Körperpflege wahrgenommen werden. Zur Entwicklung einer professionellen beruflichen Handlungskompetenz sind allerdings Fort- und Weiterbildungen notwendig, um die Berufsrolle im spezifischen Handlungsfeld psychiatrische Pflege auszufüllen und einen Beitrag zur Förderung von Autonomie und der selbstständigen Lebensführung der Bewohner/innen zu leisten.

Ausgehend vom großen Wunsch nach Normalität der Bewohner/innen bietet sich den Pflegenden zudem die Chance, das psychiatrische Versorgungssystem maßgeblich zu beeinflussen. Pflegerischer Beratung, die bislang als Aufgabengebiet von den praktisch Tätigen kaum wahrgenommen wird, gewinnt nach der vorliegenden Ergebnisauswertung an Bedeutung, da die konkreten Entscheidungen chronisch psychisch kranker Menschen in Abhängigkeit zu denen der Professionellen stehen. Sowohl der Einzug in die Wohneinrichtung als auch der Weg aus dem Heim ist nicht von den Vorstellungen der psychisch kranken Menschen bestimmt, sondern von professioneller Beurteilung. Mit Schwerpunktsetzung auf personen- und lebensfeldzentrierte Ansätze in der psychiatrischen Versorgung stellt Beratung ein wichtiges Handlungsfeld dar. Eine einrichtungsunabhängige Perspektive gestattet den Pflegenden die Nutzung der Potentiale des Sozialrechts und der damit einhergehenden Finanzierungsmöglichkeiten zur Rehabilitation. Im Rückgriff auf das bestehende komplexe psychiatrische Versorgungsnetz kann hierbei das persönliche Budget,

das zum 1. Juli 2001 im SGB IX eingeführt wurde und zu deren Leistungen seit Januar 2008 ein Rechtsanspruch besteht, eingesetzt werden. Anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe können demnach die Leistungsempfängerinnen und -empfänger ein Budget wählen, um die Kosten der persönlichen Hilfen zu decken. Diese Wahlfreiheit fördert explizit die Selbstbestimmung behinderter Menschen. Demzufolge können Pflegekräfte im Bereich der komplementären Hilfe für die betroffenen psychisch kranken Menschen in einer beratenden Funktion ein angemessenes, institutionsunabhängiges Bündel von Einzelmaßnahmen zusammenstellen, so dass nicht länger eine Zuordnung von Personen zu Einrichtungen erfolgt und ambulante Versorgung in Zukunft nicht wenig Hilfe repräsentiert. Auf diese Weise erschließt sich die Pflege die bislang fehlende Steuerung psychiatrischer Hilfsangebote als Tätigkeitsfeld und übernimmt die Aufgabe des Case-Managements. Besonders in Bezug auf die Wohnmöglichkeiten psychisch kranker Menschen kann Pflege hiermit die Forderungen der Psychiatriereform weiterführen bzw. einlösen und in diesem Sinne einen entscheidenden Beitrag zur gesellschaftlichen Teilhabe, Chancengleichheit sowie Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft leisten.

10. Literatur

- Abderhalden, Christoph (2006): Milieugestaltung. In: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 419-435.
- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2001): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag. Verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/6b/00/00/apk_band_27_2.pdf [letzter Zugriff 08.05.2008].
- Alheit, Peter; Hanses, Andreas (2004): Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, Andreas (Hrsg.): Biographie und Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider. S. 8-28.
- Amrhein, Ludwig (2005a): Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim u.a.: Juventa. S. 107-124.
- Amrhein, Ludwig (2005b): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim u.a.: Juventa. S. 405-426.
- Auspurg, Ariane; Buttner, Peter; Vaitl, Peter (2005): Psychiatrische Langzeitpatienten: Wohnsituation nach der Enthospitalisierung. In: Sozialpsychiatrische Informationen 35 (3) 12-16.
- Bauer, Manfred; Berger, Hartmut (2003): Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke erwachsene und alte Menschen. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim u.a.: Juventa. 3. Auflage. S. 615-638.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (2007): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt/Main: Fischer. 21. Auflage.
- Bisler, Wolfgang (2007): Interaktionismus, symbolischer. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. S. 305.
- Bischoff, Claudia (1984): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/Main u.a.: Campus.

- Blumer, Herbert (2004): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Strübing, Jörg; Schnettler, Bernt (Hrsg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S. 321-386.
- Bohlmann, Birgit; Czybulka, Charlotte; Dreckschmidt, Christiane; Duveneck, Nicole; Ottner, Daniela (2007): Die Rolle der Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees. Unveröffentlichter Projektbericht. Universität Bremen. Fachbereich 11.
- Böhnke, Ulrike; Straß, Katharina (2006): Die Bedeutung der kritisch-rekonstruktiven Fallarbeit in der LehrerInnenbildung im Berufsfeld Pflege. In: www.PR-Internet.com für die Pflege 8 (4) 197-205.
- Bramesfeld, Anke (2003): Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? In: Psychiatrie Praxis 30 (5) 256-265.
- Brill, Karl-Ernst (2000): Zum Stand der Entwicklung komplementärer Angebote. In: Psychosoziale Umschau 15 (4) 4-7.
- Bude, Heinz (1984): Rekonstruktion von Lebenskonstruktionen – eine Antwort auf die Frage, was die Biographieforschung bringt. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler. S. 7-28.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005): Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Frankfurt/Main: Druckerei Hassmüller. 12., völlig neu überarbeitete Auflage. Verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/upload/BAR_Wegweiser_142.pdf [letzter Zugriff 06.11.2008].
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1990). Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> [letzter Zugriff 26.04.2010].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> [letzter Zugriff 26.04.2010].

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich. Bonn: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Ciampi, Luc (1995): Sozialpsychiatrie heute – was ist das? Versuch einer Klärung. In: Finzen, Asmus; Hoffmann-Richter, Ulrike (Hrsg.): Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 203-218.
- Cranach, von Michael (2000): Formen betreuten Wohnens innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. In: Psychiatrische Praxis 27 (Sonderheft 2) 59-63.
- Czycholl, Reinhard (2001): Handlungsorientierung und Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. In: Bonz, Bernhard (Hrsg.): Didaktik der beruflichen Bildung. Berufsbildung konkret. Band 2. Baltmannsweiler: Schneider. S. 170-186.
- Darmann-Finck, Ingrid (unter Mitarbeit von Sabine Muths) (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Elsevier. 1. Auflage. S. 1-21.
- Darmann-Finck, Ingrid (2006): «Und es wird immer so empfohlen» - Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. In: Pflege 19 (3) 188-196.
- Darmann, Ingrid (2001): Der Patient als Partner. Anforderungen an die Handlungskompetenz beruflich Pflegenden. In: Altenpflege-Forum 9 (1) 20-26.
- Darmann, Ingrid (2000a): Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Stuttgart u.a.: Kohlhammer. 1. Auflage.
- Darmann, Ingrid (2000b): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: Pflege 13 (4) 219-225.
- Denzin, Norman K. (2005): Symbolischer Interaktionismus. In: Flick, Uwe; Kardorf, von Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4. Auflage. S. 136-150.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundestagsdrucksache BT 7/4200. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/Komplett%207_4200.pdf [letzter Zugriff 29.03.2010].
- Deutscher Bundestag (1973): Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundestagsdrucksache BT 7/1124. Verfügbar unter:

- http://www.apk-ev.de/publikationen/Komplett%207_1124.pdf [letzter Zugriff 29.03.2010].
- Dewe, Bernd (2006): Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven. Bern: Huber. S. 23-35.
- Dörner, Klaus (2001): Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein? In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2. Tagungsbericht. Band 27. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 44-51. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_27_2.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Dubs, Rolf (2000): Lernfeldorientierung: Löst dieser neue curriculare Ansatz die alten Probleme der Lehrpläne und des Unterrichtes an Wirtschaftsschulen?. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter (Hrsg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Steiner. S. 15-31.
- Fengler, Christa; Fengler, Thomas (1994): Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Finzen, Asmus (1988): Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2. Auflage.
- Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. 3. Auflage.
- Flick, Uwe; Kardorf, von Ernst; Steinke, Ines (2005a): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Ders. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4. Auflage. S. 13-29.
- Flick, Uwe; Kardorf, von Ernst; Steinke, Ines (2005b): Qualitative Forschung im Kontext. Einleitung. In: Ders. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4. Auflage. S. 588-589.
- Foucault, Michel (1976): Überwachen und Strafen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V&R Unipress.
- Friesacher, Heiner (2001): Professionelle Handlungslogiken und Pflegepraxis. In: Kriesel, Petra; Krüger, Helga; Piechotta, Gudrun; Remmers, Hartmut; Taubert, Johanna (Hrsg.): Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/Main: Mabuse. 1. Auflage. S. 241-257.

- Fröhlich, Werner F. (2002): Wörterbuch Psychologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. 24., durchgesehene Auflage.
- Frowein, Michael (2005): Konzept der Lebensqualität als umfassender Ansatz im Bereich der Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung. In: Psychiatrische Pflege heute 11 (3) 154-159.
- Gerhardt, Uta (1984): Typenkonstruktion bei Patientenkarrieren. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzler. S. 53-77.
- Giddens, Anthony (1992): Die Konstitution der Gesellschaft. Frankfurt/Main u.a.: Campus. Studienausgabe.
- Goffman, Erving (1972): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 1. Auflage.
- Goffman, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Göschel, Albrecht (1999): Kulturelle und politische Generationen in Ost und West. Zum Gegensatz wesenhafter und unterscheidender Identität. In: Heinrich-Böll-Stiftung; Probst, Lothar (Hrsg.): Differenz in der Einheit. Über die kulturellen Unterschiede der Deutschen in Ost und West. Berlin: Links. 1. Auflage. S. 113-131.
- Gouldner, Alvin W. (1974). Die westliche Soziologie in der Krise 2. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Griese, Birgit; Griesehop, Hedwig Rosa (2007): Biographische Fallarbeit. Theorie, Methode und Praxisrelevanz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haber, Judith (2005): Die Stichprobenbildung. In: LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith (Hrsg.): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. München u.a.: Urban & Fischer. 2. Auflage. S. 377-418.
- Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1 und 2. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 1. Auflage.
- Habermas, Jürgen (1971): Technik und Wissenschaft als Ideologie. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 5. Auflage.
- Hanses, Andreas (2003): Biographie und sozialpädagogische Forschung. In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen: Leske und Budrich. S. 19-42.
- Hantikainen, Virpi; Koller, Konrad; Grywa, Diana; Niemi, Jaana; Välimäki, Maritta (2001): Die Lebensqualität von schizophreniekranken Menschen in Wohnheimen: Einschätzen von Individuen. In: Pflege 14 (2) 106-115.

- Happel, Brenda (1999): When I grow up I want to be a ...? Where undergraduate student nurses want to work after graduation. In: *Journal of Advanced Nursing* 29 (2) 499-505.
- Heinzelmann, Martin (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Dissertation. Sozialwissenschaftliche Fakultät. Universität Göttingen. Göttingen: Cuvillier. Verfügbar unter: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=977056384&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=977056384.pdf [letzter Zugriff 28.06.2008].
- Heursen, Gerd (1995): Kompetenz – Performanz. In: Lenzen, Dieter; Mollenhauer, Klaus (Hrsg.): *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft*. Band 1. Theorien und Grundbegriffe der Erziehung und Bildung. Stuttgart u.a.: Klett. S. 472-477.
- Hoffmann-Richter, Ulrike (1995): Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze. In: *Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History* 8 (2) 204-221.
- Hohmeier, Jürgen; Treiber, Hubert (2007): Organisation, totale. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hanns (Hrsg.): *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. S. 473.
- Holzinger, Anita; Angermeyer, Matthias C. (2003): Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitschriften. In: *Psychiatrische Praxis* 30 (8) 424-437.
- Hopf, Christel (2005): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorf, von Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4. Auflage. S. 589-600.
- Illich, Ivan (1979): Entmündigende Expertenherrschaft. In: Illich, Ivan; McKnight, John; Zola, Irving K.; Caplan, Jonathan; Shaiken, Harley (Hrsg.): *Entmündigung durch Experten*. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. S. 7-35.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2005): 10. Revision. German Modification. Version 2010. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> [letzter Zugriff 15.02.2010].

- Jackson, Bettie S. (1996): Rechtliche und ethische Probleme. In: LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith (Hrsg.): Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin u.a.: Ullstein Mosby. S. 353-386.
- Jähnel, Mathias; Rehm, Stefan; Pausch, Silke; Bartmann, Ulrich; Pratsch, Peter; Spörl, Karolin (2007): Untersuchungen zur Lebensqualität im heimengebundenen betreuten Wohnen für chronisch psychisch Kranke. In: Psychiatrische Praxis 34 (1) 136-137.
- Kardorff, von Ernst (2007): Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hrsg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 291-318.
- Kardorff, von Ernst (1991): Goffmans Anregungen für soziologische Handlungsfelder. In: Hettlage, Robert; Lenz, Karl (Hrsg.): Erving Goffman. Ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation. Bern u.a.: Haupt. S. 327-354.
- Kauder, Volker (Hrsg.) (1997): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der Psychiatrischen Versorgung“. Manual, Behandlungs- und Rehabilitationspläne. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Klafki, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim u.a.: Beltz. 5., unveränderte Auflage.
- Klafki, Wolfgang (1980): Die bildungstheoretische Didaktik. In: Westermanns Pädagogische Beiträge 32 (1) 32-37.
- Klafki, Wolfgang (1975): Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim u.a.: Beltz. Durch ein kritisches Vorwort ergänzte Auflage.
- Klecha, Dorothee; Borchardt, Dietrich (2007): Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Ein Praxisleitladen. Freiburg: Lambertus.
- Keupp, Heiner (1987): Psychisches Leid als gesellschaftlich produzierter Karriereprozeß. In: Voges, Wolfgang (Hrsg.): Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung. Opladen: Leske und Budrich. S. 341-366.
- Keupp, Heinrich (1980): Psychische Krankheit als hergestellte Wirklichkeit. Eine Grenzbestimmung des Etikettierungsparadigmas. In: Heinrich, Kurt; Müller, Ulrich (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie. 3. Düsseldorfer Symposium am 14. April 1978. Weinheim u.a.: Beltz. S. 66-78.

- Koch-Straube, Ursula (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim u.a.: Juventa. S. 211-226.
- Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern u.a.: Huber.
- Kohli, Martin; Robert, Günther (1984): Einleitung. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler. S. 1-5.
- Konrad, Michael; Schock, Sabine; Jaeger, Joachim (2006): Dezentrale Heimversorgung. In: Psychosoziale Umschau 21 (4) 12-14. Verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/05/04/00/psu_04_2006_12.pdf [letzter Zugriff 08.05.2008].
- Krappmann, Lothar (1971): Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta. 1. Auflage.
- Kruckenber, Peter; Kunze, Heinrich; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1997): Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht. Band 24. Köln: Rheinland. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_24.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Kruse, Andreas; Schmitt, Eric (1999): Halbstrukturiertes Interview. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim u.a.: Beltz Taschenbuch. Unveränderter Nachdruck. S. 161-174.
- Kunze, Heinrich (2004): Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In: Schmidt-Zadel, Regina; Kunze, Heinrich; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2004): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht. Band 30. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 17-29. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_30.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Kunze, Heinrich (2001): De-Institutionalisierung im Kopf – vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. In: Krankenhauspsychiatrie 12 (2) 48-55.
- Kunze, Heinrich (1997): Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zum lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Kruckenber, Peter; Kunze, Heinrich; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1997): Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen

- Versorgung. Tagungsbericht. Band 24. Köln: Rheinland. S. 17-26. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_24.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim u.a.: Beltz. 4., vollständig überarbeitete Auflage.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 3., korrigierte Auflage.
- Lamnek, Siegfried (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 2., korrigierte und erweiterte Auflage.
- Leiß, Matthias; Kallert, Thomas W. (2001): Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis 28 (1) 10-17.
- Liehr, Patricia R.; Taft Marcus, Marianne (2005): Qualitative Forschungsansätze. In: LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith (Hrsg.): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. München u.a.: Urban & Fischer. 2. Auflage. S. 216-259.
- Loos, Martina (2006): Symptom: Konflikte. Was interdisziplinäre Konflikte von Krankenpflegern und Ärztinnen über Konstruktionsprozesse von Geschlecht und Profession erzählen. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Mayer, Hanna (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas. 3., verbesserte Auflage.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim u.a.: Beltz. 8. Auflage.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim u.a.: Beltz. 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage.
- Mayring, Philipp; Faltermaier, Toni; Ulich, Dieter (1987): Erträge biographischer Forschung in der Sozialpsychologie. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): Biographie und Psychologie. Heidelberg u.a.: Springer. S. 266-276.
- Miebach, Bernhard (2006): Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2., grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- Miklautz, Michaela; Mayring, Philipp; Jenull-Schiefers, Brigitte (2005): Datenerhebung bei hochaltrigen Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 18 (2) 81-95.
- Münch, Richard (2003): Soziologische Theorie. Band 2. Handlungstheorie. Frankfurt/Main: Campus.

- Niedersächsisches Kultusministerium (2003): Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule Altenpflege. Verfügbar unter: http://www.altenpflegeausbildung.net/snaa/apa/laender/NI/NI_Rahmenrichtlinien_Berufsfachschulen_Altenpflege.pdf [letzter Zugriff 26.04.2010].
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 70-182.
- Paul, Sigrid (1987): Die Entwicklung der biographischen Methode in der Soziologie. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): Biographie und Psychologie. Heidelberg u.a.: Springer. S. 26-35.
- Peukert, Rüdiger (2002): Abweichendes Verhalten und soziale Kontrolle. In: Korte, Hermann; Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske und Budrich. 6., erweiterte und aktualisierte Auflage. S. 105-125.
- Raab, Jürgen (2008): Erving Goffman. Konstanz: UVK.
- Raven, Uwe (2006): Pflegerische Handlungskompetenz – Konsequenzen einer Begriffsklärung. In: www.PR-Internet.com für die Pflege 8 (1) 22-27.
- Riemann, Gerhard (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink.
- Riemann, Gerhard (1984): »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor«. Zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die ihr eigenes Selbst betreffen. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler. S. 118-141.
- Riemann, Gerhard (1981): Biographieverläufe psychiatrischer Patienten. Eine soziologische Sichtweise. In: Matthes, Joachim; Pfeifenberger, Arno; Stosberg, Manfred (Hrsg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Nürnberger Forschungsvereinigung. S. 407-437.
- Rössler, Wulf (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker. Daten, Fakten, Analysen. Schlussbericht des Forschungsprojekts „Strukturanalyse der Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs chronischer psychischer Störungen“ von Wulf Rössler und Hans Joachim Salize. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 77. Baden-Baden: Nomos.

- Sander, Kirsten (2008): Biographieforschung im Berufsfeld Pflege und Gesundheit. In: www.PR-Internet.com für die Pflege 10 (7/8) 415-420.
- Sauter, Dorothea (2006a): Geschichte. In: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 142-163.
- Sauter, Dorothea (2006b): Versorgung. In: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 167-186.
- Schaeffer, Doris (2002): Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern u.a.: Huber. 1. Auflage. S. 13-31.
- Schittar, Lucio (1973): Die Ideologie der therapeutischen Gemeinschaft. In: Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 1. Auflage. S. 162-182.
- Schmidt-Zadel, Regina; Kunze, Heinrich; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2004): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht. Band 30. Bonn: Psychiatrie-Verlag. Verfügbar unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_30.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Schneider, Kordula (2003): Das Lernfeldkonzept zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In: Schneider, Kordula; Brinker-Meyerdrisch, Elfriede; Schneider, Alfred (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin: Springer. S. 77-111.
- Schnell, Martin W.; Heinritz, Charlotte (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Huber. 1. Auflage.
- Schulz, Michael (2003): Rekonzeptualisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 8 (4) 140-145.
- Schütze, Fritz (1981): Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, Joachim; Pfeifenberger, Arno; Stosberg, Manfred (Hrsg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Nürnberger Forschungsvereinigung. S. 67-156.
- Schwerdy, Arnd (2001): Wen hat die Psychiatrie-Reform vergessen, verdrängt, verschoben...? In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2. Tagungsbericht. Band 27. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 29-43. Verfügbar

- unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_27_2.pdf [letzter Zugriff 31.03.2010].
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2000): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. In: www.kultusministerkonferenz.de [letzter Zugriff 17.01.2004].
- Selting, Margret; Auer, Peter; Barden, Birgit; Bergmann, Jörg; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Günthner, Susanne; Meier, Christoph; Quasthoff, Uta; Schlobinski, Peter; Uhmann, Susanne (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In: *Linguistische Berichte* 30 (173) 91-122.
- Sennett, Richard (2004): *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität*. Frankfurt/Main: Fischer. 14. Auflage.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_9/gesamt.pdf [letzter Zugriff 18.01.2009].
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI). Soziale Pflegeversicherung (1994). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/gesamt.pdf [letzter Zugriff 18.01.2009].
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII). Sozialhilfe (2001). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/gesamt.pdf [letzter Zugriff 18.01.2009].
- Specht, Friedrich (1995): Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von §35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44 (9) 343-349.
- Steinhart, Ingmar (2001): Grenzen der Enthospitalisierung. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 99-102. Verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/6b/00/00/apk_band_27_2.pdf [letzter Zugriff 08.05.2008].
- Steinke, Ines (2005) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorf, von Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4. Auflage. S. 319-331.
- Thomae, Hans (1987): Zur Geschichte der Anwendung biographischer Methoden in der Psychologie. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): *Biographie und Psychologie*. Heidelberg u.a.: Springer. S. 3-25.

- Tölle, Rainer (1987): Die Krankengeschichte in der Psychiatrie. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): Biographie und Psychologie. Heidelberg u.a.: Springer. S. 36-47.
- Treibel, Annette (1993). Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. Opladen: Leske und Budrich.
- Trojan, Alf (1978): Psychisch krank durch Etikettierung? Die Bedeutung des Labeling-Ansatzes für die Sozialpsychiatrie. München u.a.: Urban & Schwarzenberg.
- Vock, Rubina; Zaumseil, Manfred; Zimmermann, Ralf-Bruno; Manderla, Sebastian (2007a): Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Vock, Rubina; Zaumseil, Manfred; Zimmermann, Ralf-Bruno; Manderla, Sebastian (2007b): Psychisch krank ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. In: Mabuse 32 (169) 33-38.
- Voepel, Manfred (2002): Damit Heime nicht zu Hinterhöfen der Sozialpsychiatrie werden. In: Psychosoziale Umschau 17 (4) 10-11.
- Voigt, Nadine (2007): Grenzerfahrungen durch Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Perspektive. Saarbrücken: VDM.
- Weidner, Frank (1999): Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherung an einen strapazierten Begriff. In: Sauter, Dorothea; Richter, Dirk (Hrsg.): Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 7-17.
- Weymann, Ansgar (1998): Sozialer Wandel. Theorien zur Dynamik der modernen Gesellschaft. Weinheim u.a.: Juventa.
- Wienberg, Günther (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen 38 (1) 2-13.
- Wolff, Stephan (2006a): Pflegebeziehung und Interaktion. In: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 323-366.
- Wolff, Stephan (2006b): Selbstkonzept und Körperbild. In: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan: Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 752-768.

Zechert, Christian (2003): Wie Heimbewohner leben wollen: wie andere auch! In: Psychosoziale Umschau 18 (1) 8-9. Verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/58/00/00/psu_08_01_08.pdf [letzter Zugriff 08.05.2008].

Danksagung

Bereits für meine Pflegeausbildung habe ich bewusst den Schwerpunkt in der psychiatrischen Pflege gewählt. Die Erfahrungen meiner beruflichen Praxis haben mich zunehmend kritisch auf das Versorgungssystem blicken lassen, daher war ich besonders an der subjektiven Sicht der Betroffenen interessiert. Durch meine Tätigkeiten in einer psychiatrisch/psychosomatischen Klinik habe ich in verschiedenen Fällen Menschen kennen gelernt, die nach ihrem klinischen Aufenthalt in unterschiedliche Wohnformen zogen. Mir erschien die Wahl der Wohnform – ambulant oder stationär – zum Teil willkürlich, wobei sie zumeist von dem momentan verfügbaren Angebot abhängig war.

Ich möchte deshalb im Besonderen meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für ihr Bereitschaft und Offenheit mir gegenüber danken. Sie haben mir in den Interviews einen Einblick in ihr Leben, ihre Erlebnisse und Gefühle gewährt. Sie gaben mir, der professionell psychiatrisch Pflegenden, so auch neue Impulse zur kritischen Reflexion meines beruflichen Handelns.

In diesem Zusammenhang gilt mein Dank auch der Heimleitung sowie der Pflegedienstleitung, die mit dem Wunsch, einen Einblick in die Perspektive der Bewohner/innen zu gewinnen, an mich herantraten. Bereitwillig ließen sie mich in die institutionellen Wohnheimstrukturen schauen, unterstützten mich in meiner Arbeit und stellten den kritischen Anspruch der Studie nicht in Frage. Ebenfalls möchte ich Sabine Muths danken, die mir den Kontakt zu der Einrichtung herstellte.

Mein ganz besonderer Dank gilt Daniela Reinhardt, die mich während der ganzen Zeit unterstützte, mir wertvolles Feedback zur Interviewauswertung gab und sich nicht scheute, die Arbeit Korrektur zu lesen. Gleichermaßen danke ich Birgit Bohlmann, die seit vielen Jahren in der psychiatrischen Pflege tätig ist. Aus den gemeinsamen Diskussionen mit ihr gewann ich wichtige Anregungen für diese Arbeit.

Ich danke ebenso Frau Prof. Dr. Darmann-Finck und Frau Muths für die Betreuung meiner Diplomarbeit.

Materialanhang

Information für die Probanden

Information für die Mitwirkenden der pflegewissenschaftlichen Studie „Leben in einem Wohnheim“

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
vielen Dank für das Interesse an diesem Forschungsvorhaben.

Als ausgebildete Krankenschwester absolviere ich gegenwärtig an der Universität Bremen ein pflegewissenschaftliches Studium. Als Teil dieser Ausbildung schreibe ich eine Diplomarbeit. In dieser Arbeit beschäftige ich mich mit der Lebensgeschichte von Menschen, die in einem Wohnheim leben. Darüber ist bisher wenig bekannt und die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen u.a. helfen, deren Situation besser zu verstehen.

Für diese Forschung sind Ihre Lebensgeschichte und Ihre Erfahrungen von großer Bedeutung. Ich möchte Sie bitten, mir davon zu erzählen, und Sie deshalb fragen, ob Sie bereit wären, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen.

Wie sieht eine Teilnahme an der Untersuchung aus?

Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Damit Sie mir aus Ihrem Leben erzählen können, würde ich mich gerne mit Ihnen treffen und mit Ihnen ein Interview führen. Wir können uns an einem Ort Ihrer Wahl treffen. Die Dauer des Interviews richtet sich nach Ihren Bedürfnissen und es ist keine Mindest- bzw. Maximaldauer vorgesehen. Ich werde Ihnen eingangs nur eine Frage stellen und Sie können aus Ihrem Leben erzählen, ohne das ich Sie unterbreche. Ich werde mir zunächst nur Notizen machen und Ihnen erst später Fragen stellen. Sie können frei entscheiden, was Sie mir erzählen möchten. Sie haben auch jederzeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen, falls das Gespräch zu belastend wird. Damit ich Ihre Auskünfte bearbeiten kann, möchte ich das Gespräch mit einem Diktiergerät aufnehmen. Nach Abschluss des Interviews wird es abgetippt und die Aufzeichnung sicher aufbewahrt. Ihre Gesprächsinhalte werden vertraulich behandelt. Ihre Aussagen sind nicht Sache anderer Personen (Ärzte, Pflegepersonal). Ihre Angaben, die in meiner Arbeit verwendet werden,

werden in einer Art wiedergegeben, dass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen möglich sind.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Ich werde ungefähr fünf Interviews mit Menschen, die wie Sie in einem Wohnheim leben, führen. Ihr Interview wird zusammen mit den anderen Interviews wissenschaftlich ausgewertet. Die Untersuchung und Auswertung wird von Frau Prof. Dr. Darmann-Finck von der Universität Bremen betreut und wird im Dezember 2009 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse der Auswertung werden zusammengefasst, mit Kollegen besprochen und in meiner Diplomarbeit für die Universität veröffentlicht. Aus diesem Bericht ist nicht zu entnehmen, welche Aussagen von Ihnen oder von anderen Mitwirkenden dieser Studie getroffen wurden. Zur weiteren Veröffentlichung der Studienergebnisse können Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften erscheinen. Hier wird ebenfalls strengstens auf Ihre Anonymität und die aller Mitwirkenden geachtet.

Zum Schluss möchte ich Sie darauf hinweisen, dass das Interview kein therapeutisches Gespräch ist, in dem Sie konkrete Hilfe erfahren. Ich bin ausschließlich an Ihrer Sicht der Dinge interessiert und möchte vor allem, dass Sie zu Wort kommen.

Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder weitere Fragen haben, können Sie mich gerne unter der oben genannten Adresse bzw. Telefonnummer erreichen.

Einverständniserklärung

Ich wurde von Frau Nicole Duveneck vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie „Leben in einem Wohnheim“ aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mit ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden an der Studie

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person für die Studie

Interviewleitfaden

Ich bitte Sie, sich an ihren ersten Kontakt mit der Psychiatrie zu erinnern, und möchte Sie bitten mir von ihren Erlebnissen, Gefühlen und Gedanken zu erzählen.

- Wie ist es dazu gekommen?
- Wie haben Sie dies erlebt?
- Wie haben Sie sich gefühlt?
- Was haben Sie gedacht?

Würden Sie mir erzählen, wie sich Ihr Leben nach der Diagnose und dem ersten Klinikaufenthalt verändert hat?

- Wie haben Sie vor Ihrer Erkrankung gelebt?
- Wie haben sich Ihre Wünsche oder Vorstellungen vom Leben verändert?
- Wie ist es zu den Veränderungen gekommen?
- Wie haben Sie das erlebt?
- Wie haben Sie sich gefühlt?
- Was haben Sie gedacht?
- Welche Wünsche haben Sie heute?

Bitte erzählen Sie mir von ihrem Leben und ihrem Alltag bevor Sie in ein Wohnheim gezogen sind.

- Wie haben Sie vorher gewohnt?
- Waren Sie beruflich tätig?

Wie ist es zum Einzug in dieses Wohnheim gekommen?

- Aus welchen Gründen sind Sie in dieses Wohnheim eingezogen?
- Haben Sie die Entscheidung allein getroffen?
- Wie lange leben Sie schon hier?
- Wie haben Sie vor dem Aufenthalt in diesem Wohnheim gelebt?
- Wo haben Sie vorher gewohnt?

Erzählen Sie mir doch bitte von Ihrem Leben und Alltag hier im Wohnheim.

- Wie würden Sie ihr Leben hier im Wohnheim beschreiben?
- Wie wohnen Sie hier?
- Halten Sie sich gerne in ihrem Zimmer auf?
- Ist ihr Zimmer nach ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen eingerichtet? Haben Sie es selbst eingerichtet? Mit eigenen Möbeln?

- Womit beschäftigen Sie sich meistens?
- Haben Sie manchmal das Gefühl, sich zu langweilen?
- Nehmen Sie am Freizeitangebot des Wohnheims teil?
- Pflegen Sie Kontakt zu ihrer Familie und Freunden?
- Wo leben Familie bzw. Freunde? Haben Sie Familie, Freunde, Bekannte im Ort?
- Wo treffen Sie sich mit ihnen?
- Besuchen Sie diese hier im Wohnheim?
- Unternehmen Sie manchmal etwas zusammen mit anderen im Haus?
- Hätten Sie gerne mehr Kontakt zu ihren Mitbewohnern?
- Haben sie auch Freunde hier im Haus?
- In welcher Form erhalten Sie Unterstützung und Hilfe von den Pflegenden? Würden Sie mir diese beschreiben.
- Was würden Sie sich momentan für ihr Leben hier in diesem Wohnheim wünschen?
- Wenn Sie es könnten, was würden Sie in diesem Wohnheim verändern?
- Was haben Sie in diesem Wohnheim als hilfreich erlebt?
- Empfinden Sie in diesem Wohnheim etwas als einschränkend? Würden Sie mir dies beschreiben.

Stellen Sie sich einmal ihre Zukunft vor. Wo und wie wohnen Sie in ihrer Vorstellung?

Allgemeine Fragen:

- Alter
- Geschlecht
- Beruf
- Familienstand
- Betreuung
- Diagnose