

GABRIELE NETTE

Ausgrenzung findet im Alltag statt



An der eiskalten Geschichte des Tags

»Ich fürchte, das warme Leben in mir zu erkälten an der eiskalten Geschichte des Tags und diese Furcht kommt daher, weil ich alles, was von Jugend auf zerstörendes mich traf, empfindlicher als andre aufnahm, und diese Empfindlichkeit scheint darinn ihren Grund zu haben, daß ich im Verhältniß mit den Erfahrungen, die ich machen mußte, nicht fest und unzerstörbar genug organisirt war.«

*Hölderlin an Neuffer, Brief vom 12. November 1798
Große Stuttgarter Hölderlin Ausgabe, Band VI. S. 290*

GABRIELE NETTE

Ausgrenzung findet im Alltag statt

Eine problemorientierte Analyse gemeindepsychiatrischer
Versorgungskonzepte im Stadt-Land-Vergleich

Mit einem Vorwort von Lothar Böhnisch

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143124

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Nette, Gabriele: Ausgrenzung findet im Alltag statt : eine problemorientierte Analyse gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte im Stadt-Land-Vergleich / Gabriele Nette. –

Bonn : Psychiatrie-Verl., 2002

(Forschung für die Praxis - Hochschulschriften)

Zugl.: , Univ., Diss., 2001

ISBN 3-88414-312-3

Die vorliegende Untersuchung beruht auf der Promotionsschrift der Verfasserin an der Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden. Der Text wurde für den Druck überarbeitet.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2002

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiana, Fröndenberg

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Lothar Böhnisch	
1 Einführung	9
1.1 Modernisierungstheoretischer Rahmen der Untersuchung	13
1.2 Sozialpsychiatrische Betreuung im Spannungsfeld von naturwissenschaftlichem und sozialwissenschaftlichem Krankheitsmodell	18
1.3 Die »alten« und die »neuen« Professionen im (sozial)psychiatrischen Arbeitsfeld	21
1.3.1 Das alltagstheoretische Konzept in der Sozialen Arbeit	22
1.3.2 Die interaktive Dimension im Hilfeprozess	25
1.3.3 Alltag und psychische Störungen: Ausgrenzung findet im Alltag statt	27
1.3.4 Psychische Störungen als eingeschränkte Handlungsfähigkeit im Alltag	30
1.4 Region und Alltag: Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung	33
1.4.1 Inanspruchnahme institutioneller Hilfen im regionalen Kontext	36
1.4.2 Zwangseinweisung und Region	37
1.5 Region und Regionalität als konstituierende Dimension	39
1.5.1 Die Mediatisierung des Alltags	42
2 Ziele und Anlage der Untersuchung	44
2.1 Dimensionen der Operationalisierung: Regionale Kategorien	45
2.2 Regionales Wissen in den Institutionen	46
2.3 Methodisches Vorgehen	47
2.3.1 Erfassung der sozialstatistischen Daten	47
2.3.2 Experteninterviews	47

3 Untersuchungsergebnisse	49
3.1 Methodische Hinweise	49
3.1.1 Hinweise zur statistischen Auswertung	50
3.2 Institutionelle Rahmenbedingungen	50
3.2.1 Förderrichtlinien	50
3.2.2 Trägerschaft der Dienste	52
3.2.2.1 Verteilung der Berufsgruppen	55
3.2.2.2 Beratung der Dienste durch Fachärzte	55
3.2.3 Alltägliche Arbeit	57
3.2.3.1 Arbeitsalltag im ländlichen Raum	57
3.2.3.2 Arbeitsalltag in der Großstadt	59
3.2.3.3 Spezielle Statistik der längerfristig betreuten Klienten	60
3.2.3.4 Zuweisungswege	68
3.2.3.5 Zusammenwirken verschiedener Hilfen	70
3.2.3.6 Auslastung der Dienste	73
3.2.3.6.1 Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft	73
3.2.3.6.2 Aufteilungen der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen	76
3.2.3.6.3 Betreuungsdauer	77
3.3 Charakteristika städtischer und ländlicher Klienten	79
3.3.1 Altersverteilung	79
3.3.1.1 Die »alten« und »jungen« Chroniker	80
3.3.2 Geschlechtszugehörigkeit	88
3.3.3 Familienstand und Lebensverhältnisse	90
3.3.4 Finanzielle Situation	94
3.3.5 Resümee	95
3.4 Fallarbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst	97
3.4.1 Der schwierige Weg: Kontaktherstellung im Sozialpsychiatrischen Dienst	99
3.4.2 Hilfeangebote vor dem Hintergrund regionaler Lebensbewältigung	100
4 Die losen Enden: Abschließende Überlegungen	119
4.1 Die intermediäre Rolle Sozialer Arbeit im Stadt/Land-Vergleich	119
4.2 Kurative und rehabilitative Potenziale in alltäglicher Betreuung und Begleitung	123
4.3 Anregungen für eine regional bezogene sozialpsychiatrische Arbeit	126
5 Verzeichnis der zitierten Literatur	131

Vorwort

Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland hat seit der Psychiatrie-Enquête zwar einen »vorsichtigen gemeindepsychiatrischen Zuschnitt« (Keupp) erhalten, in der Konsequenz aber wurden die regionalen und kommunalen Bezüge, an denen sie sich entsprechend auszurichten hätte, bis heute in der Psychiatrieplanung kaum integriert. Vielmehr wurde der Aspekt der Regionalisierung eher und lediglich administrativ umgesetzt (z. B. im Konzept der »Standortversorgungsgebiete«). Auf diesem Wege – im Mantel der Dezentralisierung – wurde einer Vereinheitlichungstendenz wieder Tür und Tor geöffnet. Diese Tendenz wird auch dadurch begünstigt, dass es – vor allem was den ländlich-kleinstädtischen Raum anbelangt – wenig empirische Befunde über das Verhältnis alltäglicher Lebensführung und psychosozialer Problemlösung gibt, das schließlich den Kern gemeindepsychiatrischer Vorstellungen ausmacht. Die vorliegende Studie stellt einen wichtigen Beitrag zur Schließung dieser Lücke dar.

In diesem Zusammenhang gelingt es der Autorin vor allem auch, stereotype Deutungsmuster – hier die Familienversorgten und Betroffenen im ländlichen Raum, dort die allein stehenden und isolierten Kranken in der anonymen Großstadt – aufzulösen und uns das moderne Land als Szenerie differenzierter Lebenswelten vorzustellen. Da sich die bislang vorliegende Literatur zu den Effekten der Versorgungsreform – sowohl was die quantitativen Evaluationsstudien als auch die qualitativen Fallstudien anbelangt – meist an großstädtischen Beispielen orientiert, ist hier eine fatale Tendenz zur Verallgemeinerung entstanden, die den ländlichen Raum nicht nur übergeht, sondern auch indirekt wieder stereotypisiert. Diese Tendenz wird in dieser Studie endlich durchbrochen.

Die entscheidende Frage ist natürlich hierbei, wie es gelingt, die Dimensionen der Regionalisierung und die des psychosozialen Geschehens konzeptionell miteinander zu verbinden. Dies hat die Autorin dadurch gelöst, dass sie das theoretische Wagnis eingegangen ist, das sozialpädagogische Konstrukt »Alltag« in den sozialpsychiatrischen Diskurs zu übersetzen.

Damit erhält die vorliegende Studie auch ihre *interdisziplinäre* Bedeutung. Angesichts der Erfahrung, dass sich Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik zwar mit strukturell ähnlichen Phänomenen – Normalität, Abweichung, Bewältigung, Etikettierung etc. – beschäftigen, aber unterschiedliche disziplinäre Konzepte und Empirien ausgebildet haben, stellt Gabriele Nettes Versuch einer paradigmatischen Transformation über das Alltagskonstrukt eine interessante Perspektive der theoretischen Integration der beiden Nachbardisziplinen dar. In diesem Sinne kann sie nicht nur aufzeigen, wie Soziale Arbeit eine intermediäre Rolle im Aufbau und der Belebung gemeindepsychiatrischer Netzwerke spielen kann. Es wird auch deutlich, wie das Konzept der Alltagsorientierung als ein Schlüsselkonzept psychosozialer Versorgung die unterschiedlichen Ebenen der Problemgenese und Intervention aufeinander zu beziehen in der Lage ist. Dabei verfährt die Autorin pragmatisch, um sich durch die mehrdeutige Alltagsbegrifflichkeit, wie sie sich in der Literatur darstellt, nicht beirren zu lassen. Sie beschränkt sich zu Recht darauf, die in den verschiedenen Alltagsbegriffen vergleichbaren Konnotationen aufeinander zu beziehen, um ein

Mindestniveau paradigmatischer Transformation erreichen zu können. Dabei klammert sie den kritischen Gehalt des Alltagsbegriffs keineswegs aus. Denn der Alltag kann auch borniert und ausgrenzend sein, vor allem wenn die Balance von öffentlich und privat nicht gegeben ist. Dies wird in dieser Studie in der Spannung von dörflicher Beschränktheit und offener Regionalität immer wieder herausgearbeitet.

Die Überwindung des Stadt-Land-Dualismus und der damit verbundenen Stereotype gelingt der Autorin über die systematische Einführung der Konstrukte *Region und Regionalität* im Bezugskontext der neueren Regionalforschung. Indem sie aufzeigt, dass die Beschränkung auf den dörflichen Bereich, in dem öffentlich und privat ineinander übergehen und institutionelle Traditionen sozialer Regulierung – wie zum Beispiel im städtischen Bereich – fehlen, wird deutlich, dass der Bezug Dorf nicht Ansatzpunkt einer landspezifischen Differenzierung sozialpsychiatrischer Dienste sein kann. Sie kann ihren regionalen Zugang vom empirischen Material her gut begründen, wenn sie aufzeigt, wie sich die Ambivalenz dörflicher Strukturen – Schutz/Kontrolle, soziale Isolation/Eingebundenheit, Öffentlichkeit/Privatheit – in einer Art und Weise ausbildet, die es den Klienten nahezu unmöglich macht, eigene alltägliche Handlungsfähigkeit und damit Selbstständigkeit auszubilden. Alltag und Normalität verschwimmen bis heute im dörflichen Milieu, ein eigener, an den besonderen Bedürftigkeiten der Betroffenen orientierter Zusammenhang alltäglicher Lebensführung, der öffentlich vermittelbar wird, ist vor diesem Hintergrund kaum gestaltbar. Damit gelingt es der Autorin auch empirisch, die Ideologie der »prinzipiell erstrebenswerten familialen Versorgung« im ländlichen Raum aufzubrechen.

Die Studie schafft aber nicht nur einen theoretischen und interdisziplinären Zugang für den sozialpsychiatrischen und sozialpädagogischen Diskurs, sondern schließt auch – vor diesem Hintergrund – die sozialpsychiatrische Handlungsebene entsprechend auf. Sie beleuchtet professionsspezifische Handlungslogiken und Problemzugänge als Bedingungen (aber auch Hindernisse) für die Entwicklung neuer Handlungstypen in der sozialpsychiatrischen Versorgungspraxis und bezieht sie auf das professionelle psychiatrische Alltagsgeschäft. Wichtig ist, dass zu dieser professionsbezogenen Analyse auch die Rezeptions- und Deutungsmuster hinsichtlich sozialpsychiatrischer Angebote bei der Bevölkerung und den Betroffenen in Bezug gesetzt werden. So erhalten wir Aufschluss über das regionale Klima und den regionalen Umgang mit psychiatrischen Problemen. Dabei kann die Autorin in einer Rekonstruktion von Fallarbeit im sozialpsychiatrischen Dienst herausarbeiten, wie regionale Lebensverhältnisse die sozialpsychiatrische Bearbeitung von Störungen beeinflussen können und wie in diesem Zusammenhang die Einflussmöglichkeiten der »Gestörten« auf die regionalen Lebens- und Alltagsvorstellungen aussehen. Auch hier gelingt es ihr, Diskurse unterschiedlicher Disziplinen an einem aktuellen praktischen Versorgungsfeld zusammenzuführen und aufeinander zu beziehen. Wichtig ist dabei, dass sich die Autorin in ihrer sozialpädagogischen Akzentuierung nicht aus dem Diskursfeld der Psychiatrie entfernt. Im Gegenteil: Sie kann die unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungsorientierungen der alten und neuen Professionen im psychiatrischen Arbeitsfeld im Lichte des alltags-theoretischen Paradigmas neu bewerten und aufschließen.

Lothar Böhnisch

1 Einführung

Hintergrund dieser Arbeit sind die seit der Psychiatriereform veränderten psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Basierend auf den Empfehlungen des Berichtes der Enquête-Kommission 1975 und der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 [BUNDESMINISTERIUM 1988] etablierte sich neben dem bis dahin zweisäuligen Versorgungssystem für psychisch Kranke (Klinik und Nervenarzt) die so genannte dritte Säule im ambulanten Bereich. Hierzu zählen vielfältige Angebote, wie z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen, Kriseninterventionseinrichtungen, Tageskliniken, Patientenklubs usw.. Träger sind sowohl Kommunen und Wohlfahrtsverbände als auch private Träger. Hierin spiegeln sich gewandelte Vorstellungen im gesellschaftlichen Umgang mit bizarrem, verrücktem Verhalten wider. Ist bei GOFFMAN [1972] noch die psychiatrische Anstalt der Ort, in der der »Geisteskranke« sein Leben fristet, so zeigt sich nunmehr, dass »eine große Zahl ehemals hospitalisierter chronisch psychisch Kranker (...) heute »extramural« außerhalb der Anstaltsmauern lebt« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 17].

Die vorliegende Arbeit analysiert die Versorgung der chronisch psychisch Kranken regional spezifisch. Unter Zugrundelegung sozialpsychiatrischer Diskurse und vor dem Hintergrund modernisierungstheoretischer Ansätze gehen wir Veränderungen der psychosozialen Versorgung im Bereich der Psychiatrie nach und fragen, wie sich diese auf die Lebenssituation der aus den »Asylen« freigesetzten chronisch Kranken auswirkt. Die Reformvorstellungen der Expertenkommission zielten auf eine gemeindepsychiatrische Versorgung dieser Betroffenen ab.

Die Expertenkommission bezeichnete die soziale und materielle Lage dieser Menschen als katastrophal: Sie sind überwiegend aus dem Erwerbsleben herausgefallen (90 %), die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist stark eingeschränkt, es fehlt an fachlich ausgewiesenen Hilfen, viele der Betroffenen leben durch Bezug von Kleinrenten und Sozialhilfe an der Armutsgrenze. Die Familien und Angehörigen der chronisch psychisch Kranken erscheinen ebenfalls als stark belastet, sie erbringen Betreuungs- und Pflegeleistungen, die von Kostenträgern wie der Sozialversicherung nicht (mehr) finanziert werden: Pflegenden Angehörige geraten nicht selten in den Prozess sozialer Isolation und des sozialen Abstiegs [vgl. KEUPP 1990, S. 79].

Die Gemeindeoption der Expertenkommission schlug sich in der Empfehlung dezentraler Versorgungseinheiten nieder, die sich einerseits auf ein »überschaubares« Gebiet beziehen, um Einblicke in die Lebens- und Umfeldbedingungen zu ermöglichen, und andererseits die Erreichbarkeit der Betroffenen sicherstellen sollten. Die Grundelemente der psychiatrischen Versorgung bezogen sich auf die Bereiche: Behandlung und Pflege, Wohnen, Alltagsbewältigung, Arbeit und Beschäftigung und Rehabilitation [BUNDESMINISTERIUM 1988, S. 130]. Damit erweiterte sich die Perspektive psychiatrischer Versorgung vom »Fall« auf das umgebende »Feld«, in dem es gilt, Hilfestellungen anzubieten, zu aktivieren und zu fördern.

Wenn auch, wie im Rückblick auf die Reform kritisch angemerkt wird, der Gemeindebegriff je spezifisch interpretiert wurde, und »alle Gruppen von den Klinikern und Ner-

venärzten über die ›neuen Professionellen‹ (insbesondere Psychologen und Sozialarbeiter) bis hin zu politisch-administrativen Instanzen und Wohlfahrtsverbänden (...) ihre eigene Lesart« [BONß u. a. 1985, S. 98] entwickelten, so ist jedoch festzuhalten, dass das versorgungspolitische Postulat der Gemeindenähe die Anstalt zwar nicht grundsätzlich in Frage stellte, jedoch eine Zäsur zu den bisherigen Versorgungsprinzipien bedeutete.

Im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit geht es um Sozialpsychiatrische Dienste. In heutiger Form haben sie ihre Vorläufer in der so genannten »offenen Geisteskrankenfürsorge« zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die »offene Irrenfürsorge« existierte bis in die dreißiger Jahre, wurde jedoch ab den dreißiger Jahren zunehmend zu einem Instrument »der Kontrolle und schließlich der Sterilisation und Vernichtung psychisch Kranker« [HOFFMANN-RICHTER 1995, S. 13].

Einen bescheidenen Neuanfang so genannter offener Fürsorge für psychisch Kranke finden wir in den 50er und 60er Jahren, häufig als Dienst eingebunden in die öffentliche Gesundheitsverwaltung. Erst im Zuge der Psychiatrie-Enquête und ihren Reformvorstellungen der psychosozialen Versorgung gewinnt die ambulante Betreuung psychisch Kranker zunehmend an Bedeutung, und es werden in einem Modellprogramm der Bundesregierung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von 1976 bis 1987 insgesamt 38 Einzelprojekte gefördert.

Die mit dieser Modellförderung verbundene Begleitforschung brachte eine große Anzahl deskriptiver Daten – z. B. über die soziodemographischen Merkmale der Klienten – hervor und zeigte auch Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungslücken auf. Im Vordergrund des fachlichen und wissenschaftlichen Interesses stand sowohl die Umsetzung der Reformprogrammatik als auch die Überwindung der bisherigen psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Im Rahmen unseres Untersuchungszusammenhangs interessiert vor allem der regionale Kontext sozialpsychiatrischer Arbeit, der unserer Meinung nach in den bisherigen Untersuchungen und Projektberichten nicht explizit erfasst wurde. Inhaltlicher Bezugspunkt zur Untersuchung der Dienste ist ihr lokales Umfeld, die spezielle Umwelt als »regionales Bedingungsgefüge« [vgl. GÄNGLER, STEIN 1990, S. 157], das als einflussreicher Kontext in der Arbeit angenommen wird. Und zwar sowohl in Hinblick auf die Beziehung zwischen den Helfern und Betroffenen als auch bezüglich der Problemgenese. Mit der Dezentralisierung der Versorgung findet tendenziell auch eine Erweiterung des Handlungsrahmens statt: Die »Fallarbeit« wird ergänzt durch die Arbeit im sozialen und regionalen Umfeld, durch »Feldarbeit«.

Die Relevanz lokaler Bedingungen wurde deutlich in der von uns in den Jahren 1989, 1990 und 1991 durchgeführten Dokumentationsanalyse der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. So zeigten die aggregierten klientenbezogenen Daten deutliche regionale Unterschiede, die sich z. B. in den Lebensverhältnissen der Betroffenen, der Inanspruchnahme professioneller Hilfen und auch der Häufigkeit stationärer Aufenthalte niederschlugen. Anhand des schriftlichen Teils der Dokumentationen wurde deutlich, dass sich die professionellen Hilfen in den ländlichen Räumen sehr viel zögerlicher etablierten, als etwa in den Stadtregionen [vgl. MINISTERIUM 1988, 1989, 1990].

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur regionalspezifischen Rekonstruktion institutioneller sozialer Hilfe und knüpft damit an Forderungen an, die davon ausgehen, dass Angebote und Leistungen psychosozialer Institutionen stärker als bisher regional-

spezifischen Bedingungen und Bedürfnissen Rechnung tragen sollen, wollen sie die Adressaten der Hilfe erreichen. Dies umfasst sowohl die Frage nach den regionalen Ressourcen als auch die des regionalen Umgangs mit sozialen Problemen und Institutionen sozialer Hilfe.

Die regionalspezifischen Bedingungen sozialpsychiatrischen Handelns wurden von uns mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes versucht zu rekonstruieren. Aufbauend auf die Ergebnisse der Dokumentationsanalysen wurden 1992 in verschiedenen Regionen Interviews mit Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste durchgeführt.

Bei Durchsicht vorliegender Arbeiten zeigt sich, dass die ambulante Betreuung der Sozialpsychiatrischen Dienste ein insgesamt noch wenig erforschter Bereich ist. Insbesondere die Arbeit in ländlichen Regionen wurde unseres Wissens nach bisher nicht untersucht. So scheint sich psychosoziale und psychiatrische Versorgung als sozialwissenschaftliches Forschungsthema überwiegend auf städtische und großstädtische Regionen zu beziehen; allerdings werden auch hier die lokalen Bedingungen in der Regel nicht spezifisch thematisiert.

Eine umfassende Untersuchung städtischer Sozialpsychiatrischer Dienste erfolgte in der Arbeit von BONß, RIEDMÜLLER und v. KARDORFF [BONß u. a. 1985]. Inhaltlicher Bezugspunkt sind hierbei die Programmatik der Psychiatriereform und ihre Umsetzung, die u. a. auch in die Frage mündet, ob sich in den Diensten ein »neuer« sozialpsychiatrischer Handlungstyp herausbildet. Eine detailreiche empirische Untersuchung zur Vertrauensbildung in sozialpsychiatrischer Beratung wurden in Berliner Diensten durchgeführt [FLICK 1989]. In der an quantitativer Sozialforschung orientierten Arbeit von RÖSSLER, FÄTKENHEUER und LÖFFLER [RÖSSLER u. a. 1993] wird das Modell der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg im Hinblick auf erfolgreiche Rehabilitation ihrer Klientel hin untersucht. Sie versteht sich als Evaluationsforschung. Dabei kommt sie zu dem Ergebnis, »daß die deutlichsten Effekte der Intervention Sozialpsychiatrischer Dienste im sozial-kommunikativen Bereich liegen« [HÄFNER 1993, S. X].

Eine neuere Studie zum Wandel im Lebensalltag chronisch psychisch Kranker vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsstrukturen liegt ebenfalls für den Großstadtbereich vor [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997]. Diese Arbeit gibt einen Einblick in den Alltag psychisch Kranker vor dem Hintergrund poststationärer Versorgungsstrukturen in Berlin. Deutlich wird dabei, dass die gesellschaftliche Organisierung der Versorgung Teil des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses ist, der auch auf der Ebene der Betroffenen zu veränderten Umgangsweisen mit psychischer Krankheit führt. Konstatiert wird für den Großstadtbereich u. a. eine neue ambulante Szene, als »intermediärer Bereich zwischen Klinik und Gemeinde, als soziale Sphäre, in der in einer eigentümlichen Inszenierung Elemente von Normalität mit Elementen von Pathologie verbunden werden« [a. a. O., S. 17]. Es sind den Autoren zufolge vor allem »die Großstädte und Gegenden mit relativ gut ausgebauten Diensten, die das Leben psychisch Kranker ein Stück weit unabhängiger von ihren Familien und kontrollierender Fürsorge« [a. a. O., S. 17] werden ließen. Gleichwohl, so das Resümee der Autoren, hätten sich bestimmte Szenen und Lebensstile »ohne die Leistungen des medizinischen und psychosozialen Sektors« [a. a. O., S. 18] kaum realisieren lassen.

Dass die Bindung der psychisch Kranken an ihre Ursprungsfamilie im ländlichen Raum eine große Rolle spielt, wird in den Untersuchungen von HILDENBRAND [1983 und 1991] deutlich, der familiengeschichtliche Fallanalysen in ländlichen Regionen durchführte.

Bezogen auf die Hilfeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste ist analog zu anderen Feldern sozialpädagogischer Hilfen insgesamt ein Defizit an sozialpädagogischer Regionalforschung festzustellen: Auch in den Projektberichten aus der Modellerprobung in ländlichen Regionen [AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN/UELZEN 1982; BUNDESMINISTERIUM 1983] wird die ambulante Versorgung vor allem vor dem Hintergrund bisheriger stationärer Versorgungskonzepte thematisiert. Das regionale Bedingungsgefüge gerät dabei nicht explizit als Forschungsgegenstand in das Blickfeld. Deutlich wird dies u. a. in dem Erfahrungsbericht aus Häcklingen/Uelzen. Fokussiert wird auf Reformumsetzung und therapeutische Konzepte. Im Vordergrund stehen sowohl die Auseinandersetzungen um die sozialpolitische Akzeptanz der Reform als auch der Anspruch einer neuen Versorgungskultur, die vor allem im Hinblick auf die Beziehung zwischen Betroffenen und Betreuern thematisiert wird. Es zeigt sich, dass die Mitarbeiter, aus urbanen Arbeitszusammenhängen kommend, versuchen, die in den Städten entstandenen Versorgungskonzepte auf ländliche Regionen zu übertragen, ohne jedoch den urbanen Horizont des Reformvorhabens reflektiert zu haben.

Einen deutlicheren regionalen Bezug weist der Erfahrungsbericht über die Einrichtung einer Kontakt- und Beratungsstelle im ländlichen Raum auf [BREUER u. a. 1983]. Thematisiert wird im Rückgriff auf volkskundliche Forschung [ILIEN, JEGGLE 1978] die Besonderheit ländlicher Sozialwelten. Die insgesamt aufschlussreichen Schilderungen des Umgangs mit abweichendem Verhalten als auch spezifische »Integrationsmuster« im ländlichen Raum – die meisten Kriseninterventionen führen z. B. nicht zu Zwangseinweisungen – lassen deutlich werden, dass der Umgang mit Lebensproblemen regionalspezifische Besonderheiten aufweist. Allerdings gehen auch diese Berichte über eine deskriptive Ebene nicht hinaus.

Mit ländlichem Alltag und familiären Problemen setzt sich die qualitative Studie von LENZ aus gemeindepsychologischer Perspektive auseinander [LENZ 1990].

Mit der vorliegenden Arbeit wird an sozialpädagogische Regionalforschung angeknüpft, die Region von ihren qualitativen Eigenschaften her untersucht [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989; GÄNGLER, STEIN 1990; ARNOLD, 1993; STAUBER 1996; CHASSÉ 1996]. Untersuchungsgegenstand sind die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Dieses Bundesland hatte sich aus verfassungsrechtlichen Gründen dem Modellprogramm der Bundesregierung nicht angeschlossen und ein eigenes Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung initiiert. Ab 1982 wurden sukzessive 41 Modelleinrichtungen in neun Regionen Baden-Württembergs in die Förderung aufgenommen. In der Begleitforschung wurden die regionalen Besonderheiten ebenfalls nicht analytisch einbezogen [RÖSSLER u. a. 1985; RÖSSLER u. a. 1987]. Sozialpsychiatrische Dienste wurden auf der Basis der Förderrichtlinien von 1986 [RICHTLINIEN 1986] landesweit aufgebaut. In einigen Stadtkreisen existierten diese Dienste jedoch schon vor Verabschiedung der Förderrichtlinien.

Die regionalspezifischen Aspekte in der Arbeit werden durch die Verbindung von qualitativer und quantitativer Sozialforschung herausgearbeitet. Theoretisch orientieren wir uns an unterschiedlichen Disziplinen. Hervorzuheben ist die sozialpädagogische Regionalforschung [BÖHNISCH, FUNK 1989]. Mit ihr wird es möglich, einen Zugang zu den Lebenslagen und regional geprägten Formen der Lebensbewältigung zu erhalten sowie die modernen und traditionellen Elemente von Lebensbewältigung näher zu analysieren. Mit

dem Paradigma von Alltag und Lebenswelt in seiner sozialpädagogischen Adaption [THIERSCH 1986; THIERSCH 1997] eröffnet sich der Blick auf die regionalen Alltagswelten, den Umgang mit Lebensschwierigkeiten und den Institutionen der Hilfe. Die interaktive Dimension in Sozialer Arbeit und Prozesse der Institutionalisierung analysieren wir durch Orientierung an soziologischer Forschung [GILDEMEISTER 1989].

Mit dieser Herangehensweise entwickelt sich eine Systematik besonderer Art, die unserer Meinung nach mit dazu beiträgt, sowohl einen je spezifischen Zugang zur Region zu erhalten als auch einen eigenständigen Zugang zum Bereich Sozialer Arbeit in diesem Feld herzustellen. Die Intention der Arbeit besteht somit nicht in der Abarbeitung bestimmter Theorie- oder Empirietraditionen, sondern versteht sich als problemorientierte Analyse von Modernisierung in einem psychosozialen Versorgungszusammenhang: regional-spezifisch analysiert und regionaltheoretisch unterfüttert.

1.1 Modernisierungstheoretischer Rahmen der Untersuchung

Die Erweiterung der Hilfeangebote für psychisch Kranke und ihre Dezentralisierung werden je nach Gewichtung der Grundlagen und Faktoren recht unterschiedlich interpretiert. Wird einerseits davon ausgegangen, dass heute »gemeindepsychiatrische Strukturen und sozialpsychiatrische Behandlungskonzepte integraler Bestandteil der Psychiatrie« [MACHLEIDT 1995, S. 8] seien, die die sozial-rehabilitative, gemeindenaher Behandlungsform wesentlich inspirierten und verbesserten, werden andererseits die neuen Versorgungsstrukturen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ambivalenter beurteilt. So konstatiert v. KARDORFF [2001], dass die Psychiatriereform »in Deutschland (...) unter dem Strich zu einigen wesentlichen Verbesserungen für psychisch kranke Menschen geführt« hat [v. KARDORFF 2001, S. 1441]. »Vom Ziel einer umfassenden und bedarfdeckenden Versorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund ist die Realität noch weit entfernt. Die Zugangs- und Wahlmöglichkeiten für Patienten/-innen haben sich insgesamt verbessert, aber ob eine angemessene Versorgung im Einzelfall gewährleistet ist, hängt noch immer weitgehend von der Zufälligkeit des Wohnortes ab: vom jeweiligen Bundesland, vom Landkreis und der Gemeinde. Und ganz generell finden psychisch kranke Menschen in der Stadt eher geeignete Angebote als auf dem Lande« [v. KARDORFF 2001, S. 1442]. Kritisiert wird ebenfalls der Mangel an grundlegender Verbesserung für die Betroffenen sowohl in materieller und rechtlicher Hinsicht als auch die ungebrochene medizinische Dominanz in diesem Bereich [FORSTER 1997].

Auf der Strecke geblieben zu sein scheint neben dem programmatischen Anspruch der rechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker mit anderen Kranken auch der Anspruch auf Primärprävention. Die Vorstellungen der Enquête, die sich noch darauf richteten, gesundheitsschädigende Belastungen abzubauen und durch umfassende psychosoziale soziokulturelle und sozioökonomische Maßnahmen zur Förderung positiver Lebensbedingungen beizutragen, sind als Präventivansätze »schon in der Phase der modellartigen Erprobung von Reformkonzepten auf der Strecke« [KEUPP 1994, S. 75] geblieben. Prävention bezieht sich demnach vor allem auf kurative und rehabilitative Maßnahmen für die Gruppe »der Personen, (...) die manifeste psychosoziale Probleme aufweist« [KEUPP 1994, S. 75].

Zusammenfassend lässt sich trotz aller Kritik festhalten, dass die Veränderungen psychi-

atrischer Versorgung sowohl einhergehen mit der Öffnung der Psychiatrie als auch einer weitgehenden Differenzierung des ambulanten Bereiches [BERGOLD, FILSINGER 1993]. In den außerstationären Versorgungsstrukturen wurde deutlich, dass der mit der Schizophrenie häufig diagnostizierte negative Verlauf sich relativierte.

Die patientenorientierten Defizitanalysen erwiesen sich somit als »Anstaltsartefakte« [CIOMPI]. Verkümmerte soziale Fertigkeiten und Regression zeigten sich als Resultat eines entmündigenden Lebens in den Anstalten. Aus modernisierungstheoretischer Perspektive lässt sich die Veränderung der Versorgung auch dahingehend interpretieren, dass die »alt gewordene Institution« [BECK 1986] Psychiatrie dem Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen immer weniger gerecht werden konnte. Folgt man der Argumentation von BONß und WOLFF, so lagen die Erkenntnisse dieses Versorgungsdefizits als Material seit Jahren bereit; erst im Klima der Reformära, in dem die »Abweichung im Inneren« als »sozialintegrativ gefährdender Tatbestand jeden bedrohte« [WOLFF, BONß 1985, S. 118], wurde das latente Versorgungsproblem zu einem sozial anerkannten Problem, konnten sich veränderte Versorgungskonzepte durchsetzen.

Die Herausbildung neuer institutioneller Formen verstehen wir als dialektischen Prozess von Konfrontation und Befriedung, in der sich die innerinstitutionelle Ambivalenz sozialstaatlicher Modernisierung ausdrückt: Die institutionalisierten Hilfen neuen Typs sind dabei Motor und gleichzeitig Kontrolleur der gesellschaftlichen Modernisierung – als Systeme von Hilfe und Kontrolle [vgl. BÖHNISCH 1982]. In Analogie zu BÖHNISCH gehen wir davon aus, dass sozialstaatliche Institutionen Lebensschwierigkeiten nicht direkt, sondern vermittelt in Form sozialer Probleme wahrnehmen. Soziale Probleme werden analysiert als »gesellschaftlich und sozialpolitisch mediatisierte Sets von Lebensschwierigkeiten« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 25]. Ihre Thematisierung und Anerkennung hängt wesentlich davon ab, welche sozialpolitische Akzeptanz sie erfahren.

Für die veränderten Strukturen in der Versorgung nehmen wir sozialpolitische Prozesse – und als deren »ideellen Hintergrund« die Steigerung des Komplexitätsgrades des gesellschaftlichen Gefüges, »Individualisierung« [BECK 1986] und Pluralisierung sozialer Lebenswelten – an, die den normierenden Vollzug sozialer Hilfen zunehmend obsolet werden ließen. So werden Individualisierung und Pluralisierung auf der Ebene des Subjektes als gesteigerte Anforderungen in der Ausbalancierung strukturell bedingter Widersprüche, Belastungen und Verunsicherungen diskutiert. »Flexible Handlungsmöglichkeiten, eröffnende und beschränkende Strukturen werden mit dem kulturellen Anspruch auf und dem Zwang zur Handlungsautonomie kombiniert.« [HAHN 1995, S. 178] Das aus traditionellen Sozialformen und Bindungen freigesetzte Individuum wird zunehmend zum »Planungsbüro in Bezug auf seinen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen und Partnerschaften« [BECK 1983, S. 59]. Analytierte ELIAS den Prozess der Zivilisation als einen der zunehmenden »Affektkontrolle« [ELIAS 1976], so gilt für die individualisierten Gesellschaften die Prämisse der zunehmenden »Selbsterforschung« [GILDEMEISTER 1989, S. 337] und Selbststeuerung. In der psychologischen Stressforschung gelten die Rahmenbedingungen des sozialen Wandels und der gewachsenen Belastungen u. a. als Auslöser von psychosozialen Stress [BADURA, PFAFF 1989]. In soziologischer Theorie können wir diese Phänomene mit Anomie [DURKHEIM 1973; MERTON 1968] in Zusammenhang bringen. Persönliche Identität als Prozess der Selbstdefinition und Selbsterfahrung, die eigene Verortung, wird in modernen individualisierten Gesellschaften zum »kulturellen

Oktroi« [LUCKMANN 1979], zur beständigen Aufgabe des Individuums. »Identität« verliert somit in hochkomplexen Gesellschaften »die potenziell entlastende Qualität des Selbstverständlichen« [GILDEMEISTER 1989, S. 43]. Gleichzeitig gilt jedoch das »Ideal der autonom handlungsfähigen, mit sich selbst identischen Person« [GILDEMEISTER 1992, S. 128]. Unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden subjektiven Gestaltungsanforderungen und der daraus resultierenden Identitätsdynamik erscheinen Krisenlagen in einem anderen Licht. Die bedrohlichen Zustände identitätskritischer Ereignisse, wie z. B. psychische Krankheit, befinden sich in der Latenz, können täglich jeden ereilen. Ihre sozialpolitische Akzeptanz führt schließlich auch zur veränderten Haltung in der Wahrnehmung von Problemlagen, die unseres Erachtens u. a. auch darin ihren Ausdruck findet, dass verschiedenste Lebensprobleme »in Kategorien des ›Psychischen‹ wahrgenommen werden« [GILDEMEISTER 1989, S. 47] und behandelbar erscheinen.

Zieht man epidemiologische Studien heran, so wird deutlich, dass das Risiko, erstmalig an einer Schizophrenie zu erkranken, erfasst in den Inzidenzraten, in den letzten Jahren nicht entscheidend zugenommen hat. Zu belegen sind jedoch Veränderungen in den Prävalenzraten [RÖSSLER u. a. 1993, S. 10]. Die epidemiologische Forschung interpretiert dies im Zusammenhang mit den höheren Lebenserwartungen der Betroffenen nach der Ersterkrankung sowie veränderten demographischen Zusammensetzungen in der Bevölkerung: »So stieg die Jahrgangsstärke der 24- bis 25-jährigen in der Bundesrepublik von ca. 600 000 im Jahr 1965 auf ca. 1 Million im Jahr 1987 an. (...) Da in dieser Altersgruppe das Ersterkrankungsrisiko besonders hoch – für Männer sogar am höchsten – ist, wird die Zahl ersterkrankter Schizophrener bis zum Anfang der 90er Jahre zunächst stark ansteigen, um dann wieder abzufallen.« [RÖSSLER u. a. 1993, S. 10]

Ausgehend von der Analyse vorliegender epidemiologischer, kulturvergleichender und historischer Daten kommt LEFERINK [1997 a] am Beispiel schizophrener Erkrankungen zu dem Ergebnis, dass eine Verursachung der Schizophrenie durch die Modernisierung nicht zu belegen ist, jedoch »unser gegenwärtiges Bild der Schizophrenie erst in und mit der Moderne entstand, und zwar auf dem Hintergrund, daß Menschen beginnen, über eigene Erfahrungen zu sprechen und ihre individuellen Geschichten zu erzählen« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 21]. Vor dem Hintergrund modernisierungstheoretischer Analysen konstatiert er u. a. eine stärkere »Unsichtbarkeit der psychischen Störung« in früheren Zeiten, die u. a. aus der »stärkeren Strukturiertheit des Lebensalltages und den einfachen Möglichkeiten, sich auf Interaktionsmöglichkeiten einzustellen« [a. a. O., S. 52] resultierte. Seine These lautet, dass »Schizophrenie im Zuge der Aufhebung traditionaler Restriktionen als moderne Krankheit der Subjektivität *konstituiert* wurde« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 21 ff].

In dieser Dynamik, so nehmen wir an, erodieren die Sicherheiten in der Diagnose und Kontrolle des Verrückten, werden Abweichung und Normalität schwerer unterscheidbar. Die »Gegensätze zwischen institutionell entworfener und gesellschaftlich geltender ›Normalität‹« [BECK 1986, S. 215] werden stärker, verschärfen sich. Aus modernisierungstheoretischer Sicht geht BECK [1992] davon aus, dass im Zuge der reflexiven Modernisierung die Institutionen der Industriegesellschaft zunehmend ihre »historischen Grundlagen« verlieren; sie »werden widersprüchlich, konflikthaft, individuumabhängig, erweisen sich als zustimmungsbedürftig, auslegungsbedürftig, offen für interne Koalitionen und soziale Bewegungen« [BECK 1992, S. 199]. Begreifen wir Modernisierung als

»gesamtgesellschaftlichen Transformationsprozeß«, in dem sich u. a. auch durch »verstärkte Differenzierungsprozesse und erhöhte Selbststeuerungskapazitäten der Gesellschaft« [FORSCHUNGSGRUPPE 1979, S. 5 f.], durch »Partizipation und Demokratisierung« Veränderungen des Bewusstseins und des sozialen Verhaltens herauszubilden, so wird das Obsoletwerden »alter« Institutionen wie die der traditionellen Psychiatrie nicht nur als »Behauptung« fassbar.

Die kontrollierende und helfende Psychiatrie wurde zwar nicht gänzlich obsolet, jedoch ergänzt durch andere Formen sozialer Kontrolle. Der Zwangsmechanismus totaler Institutionen wurde zurückgedrängt zugunsten interaktiver, symbolisch vermittelnder Bezüge und Kontrollen, in denen die subjektiven Definitionsmuster der Handlungssituation eine herausragende Rolle spielen. Möglicherweise spiegeln sich hier die sozialen Kontrollstrukturen moderner Gesellschaften wider [vgl. HAHN 1995; SCHEERER 1997], die aktiviert werden bei Regelverletzungen, ansonsten jedoch eher verdeckt bleiben, auch abwehren (z. B. Soziale Arbeit) oder proaktiv sind, durch »Antizipation, Vorhersage, Kalkulation im voraus« [COHEN 1993, S. 220].

Ausgehend von Prozessen fortschreitender Individualisierung geht HAHN [1995] z. B. davon aus, dass sich institutionelle Formen sozialer Kontrolle sukzessive den kulturellen und sozialstrukturellen Veränderungen anpassen, und dass »durch diese Funktionsweise der sukzessiven Anpassung auch immer eine nicht-institutionalisierte Handlungssphäre entsteht, die entweder als ›Belastung‹ (...) oder ›Freiraum‹ (...) empfunden werden kann. Hier kann also entweder ein Zwang auftreten ›Kontrollarbeit‹ zu leisten oder die Möglichkeit zur ›Kontrollabwehr‹ auftreten« [HAHN 1995, S. 151 f.]. Diese intersubjektiven Aushandlungsprozesse nehmen wir vor allem auch in der Beziehung zwischen Betroffenen und ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld an. Zwar geht LEFERINK davon aus, dass sozialer Wandel, Individualisierung und die »sensible Skepsis gegenüber gesellschaftlichen Eingriffen und Reglementierung des persönlichen Lebens« dazu geführt haben, »daß zumindest von der Idee her psychische Krankheit ein Stück weit normalisiert wurde« [LEFERINK 1997 b, S. 139]; die jedoch nach wie vor hohe Anzahl von Zwangseinweisungen [BRUNS 1993] deutet auf ein gleichwohl prekäres Verhältnis des gesellschaftlichen Umgangs mit psychischen Störungen hin, trotz konstaterter gewachsener Toleranz gegenüber abweichenden Lebensstilen gerade in Großstädten [vgl. LEFERINK 1997 b, S. 139]. Somit halten wir fest, dass durch die Dezentralisierung psychiatrischer Versorgung die Kontrollprozesse zwar nicht aufgehoben wurden, aber sie verlagerten sich von der Ebene der Institution Psychiatrie in lebensweltliche, alltägliche Handlungssphären und intersubjektive Aushandlungsprozesse. Die Begleitung der Langzeitklienten in Sozialpsychiatrischen Diensten konstituiert sich somit nicht unwesentlich durch Aushandlungsprozesse von »Normalität« und »Abweichung«; sie wirkt intermediär, wobei »Normalität« und »Abweichung« nicht als gegensätzliche Pole zu verstehen sind, sondern als Punkte auf einem Kontinuum.

In kritischer Auseinandersetzung mit dem Etikettierungsansatz konstatiert GILDEMEISTER, »daß die Störung nicht die Aktivität des Abweichenden allein ist, (...) sondern eine kollektive Konstruktion, an der das soziale Milieu, die je spezifische soziale Welt ebenso wie der ›Abweichende‹ selbst beteiligt ist« [GILDEMEISTER 1991, S. 274]. Und ebenfalls in Auseinandersetzung mit der Labeling-Perspektive wendet KEUPP ein, dass »Hilfe und Kontrolle (...) nicht erst mit der Intervention von Institutionen des Dienstleistungssystems oder

Kontrollapparats wirksam zu werden (beginnen), sie durchziehen auch das lebensweltliche Handeln« [KEUPP 1987, S. 106].

Wie MELCOP [1997] feststellt, ist für die als chronisch schizophran geltenden Menschen, die aus »frühmoderner Asylierung« freigesetzt wurden, »der Entwurf einer eigenen Lebensgeschichte und die Gestaltung der Beziehungen in größerem Maße ein Problem eigener Verantwortung und Selbstverwirklichung geworden« [MELCOP 1997, S. 236]. Gleichzeitig scheint es auch ein Merkmal der postmodernen Gesellschaft zu sein, dass sie »den Wahnsinn gerade deshalb so gut tolerieren kann, weil er aus ihrem Zentrum verschwunden ist. Der Sprung vom toleranten Hinnehmen hin zu einer ignoranten Gleichgültigkeit ist gering. Die Gesellschaft erregt sich nicht mehr über die Wahnsinnigen, sondern sie vergißt und übersieht sie. Dies jedenfalls scheint für den von uns untersuchten großstädtischen Raum zu gelten« [LEFERINK 1997 b, S. 139 f].

So bleiben trotz Freisetzung »für das Alltagsleben psychisch Kranker (...) die Institutionen psychosozialer Versorgung ein höchst bedeutsamer Kontext« [ZAUMSEIL 1997, S. 188]. Betroffene und Angehörige haben oft über Jahre mit Professionellen zu tun. Konstatiert werden kann sowohl ein Zugewinn an Freiheit als auch ein höheres Maß an Unsicherheiten angesichts des Wandels von psychosozialer Versorgung. Ausgehend davon, dass angesichts der Modernisierung traditionelle soziale Verankerungen für diese Betroffenen nicht mehr selbstverständlich sind, gilt es auch gerade für die Sozialpsychiatrischen Dienste dabei zu helfen, neue Zusammenhänge und soziale Verankerungen entwickeln und gestalten zu können.

Konzeptionell orientieren wir uns dabei zum einen an den Theoremen von Alltag und Lebenswelt als handlungsleitende Kategorien in sozialpsychiatrischer Praxis sowie an dem Konzept der Lebenslage [BÖHNISCH 1982]. Die erhobenen klientenbezogenen Daten zu z. B. Einkommens- und Lebensverhältnissen dienen uns als soziale Indikatoren für die (regionalspezifischen) Lebenslagen. In ihnen drücken sich Lebensverhältnisse aus. Lebenslage als Konzept verweist auf die objektiven Lebensbedingungen (Einkommen, Bildung, Gesundheit, Wohnen, Perspektiven), die sozialpolitisch beeinflusst sind. Rekonstruiert werden sollen somit regionale Sozialchancen als Frage nach der Möglichkeit für die Betroffenen, in der Heimatregion angesichts veränderter Versorgungskonzepte einen ökonomischen und soziokulturellen Lebensmittelpunkt zu finden [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 54].

Dabei geht es auch um die Frage nach Umgangsweisen mit Lebensproblemen. Denn »die ›sozialpolitische Anerkennung‹ ist zu einem Kernproblem der Konstitution von Lebenslagen geworden. So ist die sozialpolitische Anerkennung einmal abhängig von Horizonten und Kapazitäten des politisch administrativen Systems, von den Öffentlichkeiten, die sich um Lebensprobleme bilden oder kümmern (genauso von den ›Nicht-Öffentlichkeiten‹), von dem Maße, in dem die Betroffenen ihre Situation veröffentlichen oder privatisieren, erleben oder routinisieren, schließlich aber auch davon, ob sie sie individuell selbst oder kollektiv regulieren können« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 58].

Die konstatierte »neue« intermediäre Szene im Großstadtbereich resultiert u. a. auch aus solchen Prozessen. Uns interessieren dabei die regionalspezifischen Bedingungen und Ausformungen solcher Prozesse.

1.2 Sozialpsychiatrische Betreuung im Spannungsfeld von naturwissenschaftlichem und sozialwissenschaftlichem Krankheitsmodell

Mit der Entstehung von Irrenanstalten gegen Ende des 18. Jahrhunderts zeichnete sich ein Wandel im Umgang mit »auffälligem« Verhalten ab. Bizarres, verrücktes Verhalten wurde aus dem gesellschaftlichen Alltag ausgegrenzt und in spezifischen Anstalten separiert [DÖRNER 1969]. Bei diesen Unangepassten wurde davon ausgegangen, dass sie für ihr Handeln nicht verantwortlich seien, da die Ursache ihres Verhaltens auf die Krankheit des »Geistes« zurückzuführen sei. Ihnen sollten statt strafrechtlicher Verfolgung Behandlung und Betreuung zuteil werden. Wahnhafte, verrückte Verhalten wurde dem sich zunehmend auf »Geisteskrankheiten« spezialisierenden Bereich der Medizin überantwortet: der sich etablierenden Psychiatrie. Für die Betroffenen bedeutete dies zunächst eine relative Verbesserung, da nun die Prinzipien ärztlicher und humanitärer Hilfe für sie gelten sollten. »Historisch gesehen hat sich die Psychiatrie ihr Feld *gegen* die direkte Repression und Staatsgewalt erobert. Das Asyl hat sich *gegen* das Hospital, das Gefängnis, das Armenhaus, gegen undifferenzierte Einsperrung jener Müßiggänger und Arbeitsverweigerer, die die entstehende liberale Gesellschaft los sein wollte, etabliert. (...) Wer leugnen wollte, daß sich auch der Status eines Teils dieser Ausgeschlossenen durch neue medizinische Etikettierung verbessert hat, muß schon sehr glimpflich mit den früheren Zuständen umspringen.« [CASTEL 1980, S. 88]

In kulturgeschichtlicher Perspektive dienten die entstehenden Irrenanstalten der Separierung und Kontrolle abweichenden Verhaltens. Sie trugen zur sozialen Ordnung bei, indem sie einschlossen, isolierten und auch disziplinierten. Die unterschiedlichen, sich gleichsam ergänzenden Funktionen dieser Institution entfalteten ihre Wirksamkeit auch dadurch, dass sie zur sozialen Konstruktion der Abweichung beitrugen, sich Vorstellungen über die »Normalität« von Lebensformen verfestigten [FOUCAULT 1969].

In den Professionen der so genannten Irrenanstalten wurden anfangs die Gründe psychischer Krankheit noch durchaus kontrovers diskutiert. Je nach fachlicher Verortung wurden entweder seelische oder physische Ursachen als Grund angenommen. Die sogenannten »Organiker« in der Psychiatrie »postulierten Hirnkrankheiten als Grundlage jeder psychischen Störung« [SCHARFETTER 1995, S. 27]. Dem gegenüber betrachteten die »Psychiker« in der Profession zivilisatorische Entwicklungen und die daraus resultierende Lebensweise als soziale Noxen der Krankheit: »Solange man aber noch die Seelenstörung für organische Krankheiten hält, die zu ihrer völligen Beseitigung keine Umwandlung des inneren Menschen verlangen, wird man auch in der Hauptsache nicht vorwärts kommen.« [HEINROTH 1827, S. 591, nach SCHARFETTER 1995, S. 23]

Mit zunehmender Orientierung der Psychiatrie an naturwissenschaftlicher Erfassung und Objektivierung von Krankheit traten Aspekte der Lebensweise und Lebensverhältnisse als mögliche Ursachen abweichenden Verhaltens immer mehr in den Hintergrund. Analog zur somatischen Medizin wurden die auffälligen Verhaltensweisen als Symptome erachtet und bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet.

Als Wegbereiter einer naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie gilt der deutsche Psychiater EMIL KRAEPELIN, der versuchte, die Einheitspsychose zu differenzieren und zu klassifizieren. Wegen des Mangels an »anatomischen Begründungen« bei der Heraus-

bildung funktionaler Psychosen orientierte sich die klassifizierende Psychiatrie an »Zustands- und Verlaufstypologien« [SCHARFETTER 1995, S. 28]. So unterschied KRAEPELIN 1899 in seinem nosologischen System psychiatrische Erscheinungsformen in Hinblick auf den Krankheitsverlauf: die *dementia praecox* mit negativer Prognose sowie manisch depressives Irresein mit tendenziell gutem Verlauf.

Die Orientierung der Psychiatrie an den medizinischen Modellen von Krankheit sicherte ihr die Definitionsmacht über Krankheit und Gesundheit in diesem Bereich. Die »Abweichung im Inneren« [WOLFF, BONß 1985], ihre Heilung und Behandlung lag nunmehr bei den medizinisch ausgebildeten Experten. Psychische Auffälligkeit wurde als unabhängig von der »sozialen Welt der Normen, Werte und Symbole« [GILDEMEISTER 1989, S. 22] gedacht. Die Krankheit und ihr Verlauf erscheinen als objektivierbarer und naturwissenschaftlich erklärbarer Prozess [vgl. v. KARDORFF 1978].

Die naturwissenschaftlich orientierte Psychiatrie gewann zwar institutionell stark an Einfluss; ihre Vorstellungen von Behandlung und Heilung blieben jedoch innerhalb der Profession nicht unwidersprochen. (Sozial-)Reformerische Ansätze, die die fürsorgende Dimension der Psychiatrie hervorhoben, werden z. B. bei MAX FISCHER, dem langjährigen Direktor der psychiatrischen Anstalt Wiesloch bei Heidelberg, deutlich. Am 25. September 1911 hielt er auf der 83. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe einen Vortrag über »Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden« [FINZEN, HOFFMANN-RICHTER 1995, S. 7]. Sein Anliegen war es insbesondere, »die Psychiatrie außerhalb der Anstalten oder, wie wir sie nach ihrem Hauptcharakter auch nennen können, die soziale Psychiatrie« [FINZEN, HOFFMANN-RICHTER 1995, S. 7] sowie lokale Versorgungsmodelle zu fördern.

In seiner Veröffentlichung »Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und Wohlfahrtspflege« [FISCHER 1995, S. 33] maß FISCHER der sozialen Fürsorge der Kranken besondere Bedeutung zu: »Es ist kein Fall von Geisteskrankheit denkbar, der nicht auch einfache oder komplizierte soziale Aufgaben, und zwar meist in der *Mehrzahl* (Hervorhebung d. Verf.) stellt« [FISCHER 1995, S. 34]. Seine Vorstellungen einer Differenzierung der Hilfen z. B. in Form von Genesungsheimen, gedacht »als Übergangsaufenthalt aus dem Anstaltsleben in die fällige Freiheit«, der Pflegeversicherung für die Geisteskranken, der ehrenamtlichen Betreuung durch Hilfsvereine und nicht zuletzt der ambulanten präventiven Arbeit durch »ein aktives Aufsuchen der Bedürftigen in den ärmeren Schichten des Volkes« [FISCHER 1995, S. 31] realisierte sich in Teilen erst durch die Psychiatrie-Enquête.

Dem naturwissenschaftlichen Paradigma mit seiner Annahme, dass sich »jedes psychopathologische Krankheitsbild (...) manifestiert in einer Reihe von substanziellen (und akzidentiellen) *Symptomen*, denen *ursächlich* eine *individuelle* organisch fundierte Disposition zugrunde liegt« [v. KARDORFF 1978, S. 559], versuchten Sozialwissenschaften und sozialwissenschaftlich orientierte Psychiater eine eigene Lesart der Psychopathologie entgegenzustellen. So erfolgt in sozialwissenschaftlicher Orientierung ein Perspektivwechsel hin zu den Defiziten im sozialen Umfeld und der sozialen Lage der Betroffenen, z. B. durch Blickrichtung auf pathogene familiäre Sozialisationsbedingungen, auf soziale Benachteiligung, auf Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen oder auch auf Prozesse der Etikettierung durch soziales Umfeld oder Institutionen.

Auf die soziale Lebenslage als Verursachungszusammenhang bei der Entstehung psychi-

scher Krankheit verweisen sozialepidemiologische Forschungen. Als Meilenstein in diesem Bereich gilt die Studie von FARIS und DUNHAM [FARIS, DUNHAM 1939], die aufzeigte, dass sich schwere psychische Erkrankungen keineswegs gleichmäßig über das gesamte Stadtgebiet verteilen, sondern sich überdurchschnittlich in denjenigen Stadtteilen häuften, in denen Armut, soziale Isolation und instabile Existenzweisen überwogen [vgl. SCHNABEL 1988, S. 39]. Diese Ergebnisse führten bis in die Gegenwart zur Auseinandersetzung um die Frage, ob die festgestellte Häufigkeit schizophrener Erkrankungen in den Unterschichten »auf Degradierungsprozesse infolge der Krankheit (Selektionshypothese) oder darauf zurückzuführen sind, dass Menschen auf die mit Degradierung verbundenen Erfahrungen durch Krankheit reagieren (Verursachungshypothese)« [a. a. O., S. 39]. Schichtspezifische Aspekte und Fragen sozialer Ungleichheit dominierten in Folge dieser Studie die sozialepidemiologischen Untersuchungen [z. B. HOLLINGSHEAD, REDLICH 1958]. Es waren vor allem nordamerikanische Feldstudien, in denen der sozialen Verursachung psychischer Erkrankungen nachgegangen wurde. Hier spiegeln sich wissenschaftliche Strömungen und Theorien wider, die vor dem Hintergrund von Urbanisierung, Industrialisierung, sozialem Wandel und Immigration nach Faktoren für die Entstehung psychischer Krankheit suchten [vgl. FICHTER 1990]. Die epidemiologische Forschung hat die Frage nach der Soziogenese psychischer Krankheit zwar nicht kausallogisch beantworten können [vgl. KEUPP 1974], jedoch wesentliche Hinweise über die Soziallage der Betroffenen geliefert: über den Zusammenhang (wenn auch nicht kausallogisch) von Armut und psychischem Leid. Schizophrenie als Ergebnis widersprüchlicher Botschaften und Bedeutungen innerfamiliärer Kommunikation zentrierte, im Gegensatz zu sozialepidemiologischer Forschung, auf das kommunikative Handeln in Primärgruppen. Die unter diesen Bedingungen entstehenden Beziehungsfallen und Konstellationen (double-bind) avancierten hier zu sozialen Noxen [BATESON u. a. 1969].

Die familienorientierte Schizophrenieforschung erfuhr ihre Fortführung und Ergänzung in der Bildung von Familientypen, in denen auslösende Momente für die Krankheit vermutet wurde: wie z. B. Familien mit unklaren Rollenfunktionen, Familien als Pseudogemeinschaften und Ort der Unechtheit in den Beziehungen, sozial isolierte und emotional gesplante Familien [vgl. LIDZ u. a. 1970; WYNNE 1970]. Der psychisch kranke Mensch gilt hierbei als Symptomträger eines »krank machenden« Familiensystems.

In psychoanalytischen Modellen zur Entstehung schizophrener Störungen werden demgegenüber gestörte Beziehungsmuster in frühkindlichen Entwicklungsphasen als krankheitsrelevant angenommen [BRUNS 1998].

Die familienzentrierten Modelle zur Entstehung schizophrener Störung basieren auf unterschiedlichen theoretischen Konzepten, bewegen sich in divergierenden Bezugssystemen; ihnen gemein ist jedoch die Annahme, dass die Psychose ein, wenn auch gescheiterter, Lösungsversuch angesichts von gestörten Objektbeziehungen, Pathologien des Familiensystems oder kommunikativen Verfremdungen ist.

In den interaktionsanalytischen Modellen des Etikettierungsansatzes geht es demgegenüber »an zentraler Stelle um den Aufweis, daß es bei der ›psychischen Störung‹ als ›Abweichung‹ nicht um eine einer bestimmten Handlung innewohnenden Qualität geht, sondern um eine soziale Kategorisierung« [GILDEMEISTER 1989, S. 26]. Hierbei wird fokussiert auf Prozesse der Rollenattribution, Karriereprozesse, ihre sozialisierende und stabilisierende Wirkung [vgl. SCHEFF 1973; GOFFMAN 1972].

An den hier ausgewählten Beispielen wird deutlich, dass die Sozialwissenschaften auf unterschiedlichsten Wegen den Versuch unternahmen, dem medizinischen Krankheitsverständnis mit einem eigenen Bezugsrahmen entgegenzutreten. Dabei geriet jedoch der Labelingansatz zur Erklärung psychischer Auffälligkeiten in ähnliche »mechanistische« Interpretationsfallen, wie das biomedizinische Konzept: Das handelnde Subjekt und seine soziale Welt erscheinen nur marginal. Oder anders ausgedrückt: »Im (sozialen) Noxenmodell wie im Krankheitsmodell fehlt der konzeptionelle Ort für ein Subjekt, das sich mit den Lebensbedingungen seiner Alltagswelt aktiv auseinandersetzt, sie bearbeitet, sie sich in spezifischer Weise aneignet und sie auf der Basis seiner psychischen, sozialen und materiellen Handlungsressourcen sinnvoll zu bewältigen versucht.« [KEUPP 1987, S. 105] Die kommunikationstheoretischen Modelle mit ihrer Zentrierung auf das »Pathologische« in der Kommunikation begrenzen unseres Erachtens nach zu stark auf familiäre Sozialisation. Lebensweltliche Kontexte, soziale Wissensbestände von Krankheit und Gesundheit, sowie spezifische daraus resultierende Bewältigungsmuster im Umgang mit Lebensschwierigkeiten geraten hierbei kaum ins Blickfeld.

In gemeindepsychologischen Modellen zur Entstehung psychischer Störungen, an die wir hier anknüpfen wollen, werden Konzepte der psychosozialen Belastungen und Ressourcen verbunden, und es wird davon ausgegangen, dass psychische Problemanlagen »im Spannungsfeld individueller Wünsche, Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten sowie belastender, widersprüchlicher Lebensbedingungen bzw. -ereignisse vor dem Hintergrund sozialer Gegebenheiten« [LENZ 1994, S. 132] entstehen.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit sollen die sozialen Prozesse von Abweichung stehen: als Frage nach dem Umgang mit Lebensschwierigkeiten, nach Prozessen der sozialen Kontrolle und auch Ausgrenzung. Dabei wird der jeweilige regionale Hintergrund als zentraler Kontext sowohl in institutionalisierten als auch informellen Handlungssphären angenommen. Der dazu entwickelte theoretische Rahmen bezieht sich dabei sowohl auf aktuelle sozialwissenschaftliche Analysen zur sozialen Kontrolle und abweichendem Verhalten als auch auf professionstheoretische Überlegungen zur Sozialen Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld sowie auf Studien der sozialpädagogischen Regionalforschung und Regionalsoziologie.

1.3 Die »alten« und die »neuen« Professionen im (sozial)psychiatrischen Arbeitsfeld

Die Zeiten radikaler Kontroversen zwischen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Modellen zur Erklärung psychischer Krankheiten scheinen zwischenzeitlich überwunden zu sein. Das mag auch darin begründet sein, dass die psychiatrische Akutbehandlung und die begleitende Nachsorge sich in unterschiedliche Versorgungspraktiken und sich darauf beziehende Diskurse ausdifferenziert hat: in eine bio-medizinische Variante von Behandlung sowie in eine sozialpsychiatrische Versorgung in Form von Begleitung und Betreuung [vgl. v. KARDORFF 1995, S. 478].

In der außerklinischen gemeindepsychiatrischen Arbeit wird »Alltag« insbesondere als Gegenstand Sozialer Arbeit und Intervention thematisiert. Dies resultiert u. a. aus der von CIOMPI und BERNASCONI dargelegten Vulnerabilität chronisch psychisch Kranker [CIOMPI,

BERNASCONI 1986, S. 172 ff.]. Die besondere Verletzbarkeit der Betroffenen, als angeborene oder erworbene Disposition, ist demnach die Grundlage für die durch (sozialen) Stress ausgelöste Störung [ZUBIN 1986; CIOMPI 1982]. Die akute Psychose ist als Folge von Überlastungen zu interpretieren, als »krisenhafte Störung der Informationsverarbeitung im Sinne der Überforderung eines von vornherein mehr oder weniger labilen und stellenweise defektiven affektiv-kognitiven Bezugs- bzw. Verarbeitungssystems« [CIOMPI 1982, S. 275].

Das Vulnerabilitätskonzept als »modifiziertes Defizit-Modell« [HELD 1995, S. 7] hat einen wesentlichen Einfluss auf das therapeutische Handeln ausgeübt. Die Respektierung der Eigenart der Betroffenen sowie die Schaffung spezifischer, den Krankheitsphasen angepasster, behütender oder fördernder Milieus [CIOMPI 1982] sind zentrale therapeutische Vorstellungen im Hilfe- und Heilprozess, an denen sich auch in der außerklinischen gemeindepsychiatrischen Arbeit orientiert werden soll. Vor dem Hintergrund der sozialen Handikaps der Betroffenen – wie z. B. sozialer Rückzug, Schwierigkeiten im Kontakt und Umgang mit den Mitmenschen – wird vor allem auch die Nutzung des Alltags im Sinne eines »Normalitätsprinzips« als therapeutisches Milieu herausgestellt, durch den die Patienten im Rahmen rehabilitativer professioneller Hilfen in die Lage versetzt werden sollen, den Herausforderungen des alltäglichen Lebens gewachsen zu sein. Als weitere wichtige Milieufaktoren gelten darüber hinaus: Klarheit und Eindeutigkeit sowie Kontinuität und Durchschaubarkeit der therapeutischen Beziehung [vgl. REUMSCHÜSSEL-WIENERT 1995, S. 16].

Alltag als helfende und normalisierende Dimension scheint mittlerweile zur »sozialanthropologischen« Konstante im Hilfeprozess avanciert zu sein. Die Orientierung der Hilfe »an den Praktiken des Alltags« [BONß u. a. 1985, S. 215], die Nutzung des Alltags im Sinne eines Normalitätsprinzips und als therapeutisches Milieu [CIOMPI 1982] wurden zum Zentrum verschiedenster Hilfepläne. Alltag bezieht sich dabei sowohl auf verlässliche Beziehungen, als auch auf basale Sicherungen der Lebensgrundlagen und Vitalfunktion: Alltag wurde zum Synonym für Heilung und Hilfe [vgl. WEIGAND 1996; OBERT 2001].

Alltag und Lebenswelt wie auch systemische Konstrukte scheinen in der sozialarbeiterischen Fallbearbeitung als zentrale Theoreme zu gelten [vgl. LAZARUS 1996, S. 23]. In den folgenden Ausführungen werden wir unseren Theorieansatz von **Alltag** und **Krankheit** sowie **Alltag** und **Region** herausarbeiten.

1.3.1 *Das alltagstheoretische Konzept in der Sozialen Arbeit*

Der lebensweltliche Kontext der Betroffenen und das alltägliche Handeln in der Lebenswelt dienen in sozialwissenschaftlicher Theorietradition der Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit [THIERSCH 1997]. Alltag und alltägliches Handeln orientieren an Fraglosigkeit, Sicherheit und Selbstverständlichkeit, den Routinen und Typisierungen, deren Transformation in Handlungsmuster als Element erfolgreicher Alltagsbewältigung gilt.

Alltagshandeln als »eine spezifische Form des sozialen Verstehens und Handelns orientiert an Normalität, Pragmatik und Kontinuität« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 6]. Diese Annahme finden wir trotz unterschiedlicher Bezugsrahmen sowohl in phänomenologischer und interaktionistischer als auch materialistischer Alltagstheorie wieder [SCHÜTZ 1971; HELLER 1976; LEFÈBVRE 1977].

Alltagsbewältigung im sozialpädagogischen Verständnis orientiert sich an psychosozialen Konflikten und Problemen sozialer Integration. Soziale Integration meint im »allgemeinen sozialwissenschaftlichen Sinne die Vermittlung von subjektiven Lebenswelten und gesellschaftlichen Norm- und Anforderungsstrukturen« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 203]. Im Konstrukt der Alltagsbewältigung steckt die Frage nach der Kompetenz zur Bewältigung von Lebensschwierigkeiten im Alltag – mithin nach der Handlungsfähigkeit im Alltag. Der Lebensweltbegriff hat vielfältige Interpretationen erfahren [vgl. zusammenfassend LIPPITZ 1992]. Wir orientieren uns bei dem Begriff der Lebenswelt an HABERMAS, demnach »wir uns Lebenswelt durch einen kulturell überlieferten und sprachlich organisierten Vorrat an Deutungsmustern repräsentiert denken« (können) [HABERMAS 1981, Bd. 2 S. 189]. Die Hinwendung zum Subjekt, seinen spezifischen Erfahrungen und Sinnwelten ist daher auch wesentliches Element einer lebensweltorientierten sozialen Arbeit [vgl. THIERSCH 1997; RAUSCHENBACH u. a. 1993; JAKOB, v. WENSIERSKI 1997]. »Während *prinzipiell* also jedem Menschen tatsächlich seine eigene, einmalige Lebenswelt gegeben ist, erscheinen *empirisch* gesehen die je subjektiven Lebenswelten nur *relativ* originell, denn die Menschen greifen bei ihrer Orientierung in ihrer Welt typischerweise auf vielerlei je soziohistorisch ›gültige‹ Deutungsschemata zurück. Sie stimmen ständig in interaktiven und kommunikativen Prozessen ihre Lebenswelten, ihre Welt-Wahr-Nehmungen aufeinander ab.« [HONER 1999, S. 57]

Wenn sich aber Sozialpädagogik/Sozialarbeit zur Alltagswirklichkeit der Betroffenen und ihren Lebenswelten hin öffnet, dann geht sie vielfältige Verunsicherungen und Selbst-Infragestellungen ein: notwendig wird ein Aushandeln, ein Ausbalancieren zwischen dem, was institutionell-professionelles Handeln als Möglichkeit anzubieten hat und dem, was die Wirklichkeit des Alltags jeweils erfordert. THIERSCH [1986] hat dargestellt, wo im Einzelnen institutionell-professionelles Handeln solche Verunsicherungen auf sich zu nehmen und zu bewältigen hat. Einige seiner Hinweise scheinen uns, bezogen auf unser zu untersuchendes Arbeitsfeld, besonders bedeutsam:

- »Institutionell-professionelles Handeln weiß sich kompetent zum Verständnis und zur Lösung von Problemen. Wenn Sozialarbeit sich dem Alltag aussetzt, sieht sie sich konfrontiert mit der eigenen Kompetenz der Betroffenen ebenso wie mit der von Eltern, Freunden, Helfern.« [a. a. O., S. 44 f.]
- »Institutionell-professionelle Sozialarbeit verfügt über verwaltungstechnische oder methodische Instrumentarien zum Handeln. Sich auf den Alltag einlassen aber bedeutet, die in diesen Instrumenten liegende Selektion in Problemsicht und Handlungsrepertoire auch zu überspringen und sich auch auf die gleichsam banaleren – nicht methodisierten oder auch methodisierbaren – Bedürfnisse und Aufgaben im Alltag einzulassen.« [a. a. O., S. 45]
- »Methodisches Arbeiten und Handeln in der Sozialarbeit zielt (...) primär auf die Bearbeitung von Interaktions- und Kommunikationsproblemen. Sich auf den Alltag einlassen aber bedeutet, den Zusammenhang politischer, materieller, instrumenteller und sozialer Nöte und Aufgaben zu sehen.« [a. a. O., S. 45 f.]
- »Öffnung zum Alltag bedeutet, die Inkonsistenz von Deutungsmustern zu akzeptieren und der besserwisserischen Versuchung zu widerstehen, sie nur als Vordergrund zu sehen, hinter dem die eigentlich wahren, logisch stringenten und wissenschaftlich rekonstruierbaren Strukturen aufzudecken wären.« [a. a. O., S. 46]

Handlungsleitende Grundsätze dieser Alltagsorientierung in der Sozialarbeit basieren darauf, die Schwierigkeiten da anzugehen, »wo sie sich für den Betroffenen ausgebildet haben und zeigen: in der Komplexität des gegebenen Alltags. Sie sieht und akzeptiert die eigenen Erfahrungen, Interpretationen, Lösungsstrategien und Ressourcen der Betroffenen« [a. a. O., S. 43].

Alltagsorientierung ist somit keine »Technik«, kein »Planungsinstrument«, mit dessen Hilfe das Handeln im Vorhinein bestimmbar ist, und sie ist auch *nicht nur* Repetitorium basaler Versorgung und Sicherung der Vitalfunktionen. Nicht nach planmäßigen Handlungsentwürfen richtet sich dabei die Praxis aus, sondern nach handlungsleitenden Prinzipien, deren Konkretisierung sich erst im Einlassen auf die Wirklichkeit der Klienten vollzieht. Alltag in sozialpädagogischer Theorie bedeutet auch eine »Grundlagentheoretische Neuorientierung (...), die sich gegen sozialtechnologische Bearbeitungsformen sozialer und pädagogischer Probleme« [DANZER 1992, S. 148] wendet. Diese handlungsleitenden Prinzipien (die implizit schon sichtbar geworden sind) scheinen uns im Wesentlichen folgende zu sein:

1. Jedem Klienten, jedem Adressaten von Hilfe, wird ein gegebener alltäglicher Kontext zugemutet.
2. Ausgangspunkt jeder Hilfe und jeder Art von Lernen sind die in der realen Alltäglichkeit gemachten Erfahrungen mit den Klienten.

Bezüglich der Alltagsbezogenheit konstatiert DANZER, »der als ›Alltagsorientierung‹ bezeichnete wissenschaftstheoretische Wandel kann auch als sozialwissenschaftliche Selbstkritik aufgefaßt werden. Gerade die von Vertretern einer sozialwissenschaftlichen Alltagsorientierung in den vielfältigen Variationen vorgetragene Aufwertung des Alltagswissens, der Alltagserfahrung, der Alltagstheorien scheint ein wichtiges Korrektiv darzustellen gegenüber Absolutheitsansprüchen sozial- und erziehungswissenschaftlicher Expertenkultur und einem vielfach damit verbundenen technokratisch-instrumentellen Professionalisierungsverständnis« [DANZER 1992, S. 133]. Auch im Zusammenhang mit den z. T. als durchaus ambivalent interpretierten Tendenzen der Psychiatriereform [HELLERICH 1985] gewinnt das Alltagskonzept mit den darin angelegten Möglichkeiten einer »Enttherapeutisierung« [HELLERICH] an Relevanz.

Als Gegenpol zur »Psychologisierung und Therapeutisierung« [a. a. O., S. 31 ff.] des Lebens geht es hierbei um die Aufwertung alltäglicher Kompetenz in der Problembewältigung. Diese korrespondiert mit einer Subjektorientierung in der Begleitung und Beratung der Betroffenen und versucht die »Lebensweltvergessenheit in der modernen psychosozialen Versorgung« [HELLERICH 1990, S. 23 ff.] zu überwinden.

Wenn auch davon ausgegangen werden kann, dass »routinisierte und verlässliche Traditionen im Alltag brüchig werden« [THIERSCH 1997, S. 44], so erscheint das Alltagskonzept gerade wegen seiner situativen Offenheit und der Reziprozität in der Beziehung zwischen Betroffenen und Helfern angesichts der Erosion tragfähiger kultureller Lebensmodelle aktueller denn je: »Wenn aber im heutigen Alltag das Selbstverständliche nicht selbstverständlich ist, muß es immer auch ausgehandelt werden. Alltagshandeln heute ist auch Notwendigkeit und Anstrengung der Vermittlung, ist auch Inszenierung von Alltäglichkeit, ist auch reflektiertes Alltagshandeln.« [a. a. O., S. 45] Denn, die Fähigkeit zur Selbstorganisation in sozialen Mikrowelten [vgl. KEUPP 1998, S. 14] ist ein grundlegendes Erfordernis in individualisierten Gesellschaften. Darüber hinaus scheint uns das

alltagsorientierte Konzept auch den Bedürfnissen der Langzeitklienten am ehesten entgegenzukommen. Einer Untersuchung zufolge beziehen sich die Bedürfnisse der Langzeitklienten »zum einen auf professionelle Unterstützung in Krisenzeiten, wobei hier neben der i. e. S. medizinischen Behandlung vor allem alltagspraktische Hilfestellungen gewünscht wurden, zum anderen auf alltägliche, normale zwischenmenschliche Beziehungen, Freundschaften, die Geborgenheit, Nähe und Akzeptanz bieten können. Auch bei der Behandlung durch Professionelle spielt die Beziehungsebene eine wichtige Rolle. Patienten möchten sich nicht auf die Rolle kranker Objekte reduziert fühlen, sondern gleichwertig von den Therapeuten anerkannt werden« [STEINHART, TERHORST 1992 nach ENGER 1992, S. 230]. Auch in der neueren Untersuchung von SCHÜRMANN [1997] zu Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen wird deutlich, dass »asymmetrische und subjektlose Beziehungsformen von den meisten Untersuchungsteilnehmern heute kaum noch hingenommen werden; die Patienten wollen in dem oder der Professionellen mehr sehen als bloß kompetente Technologen oder vermeintliche Vertreter des Allgemeinwohls« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 24].

Die starke Orientierung der Sozialen Arbeit an sozialwissenschaftlicher Theoriebildung trug dazu bei, dass Alltag und Lebenswelt als Theoreme zumindest in der Fachdiskussion ihren Niederschlag fanden. Auch wenn Rekonstruktionsverfahren zum Alltag und zur Lebenswelt der Adressaten Sozialer Arbeit noch der fachspezifischen Diskussion und Etablierung bedürfen [vgl. JAKOB, v. WENSIERSKI 1997; vgl. RAUSCHENBACH u. a. 1993], so ist insgesamt festzuhalten, dass eine Verobjektivierung des Falles diesem Wissenschaftsverständnis entgegensteht.

1.3.2 Die interaktive Dimension im Hilfeprozess

Wie bisher analysiert, stellten wir fest, dass die medizinisch orientierten Professionen mit einem an naturwissenschaftlichen Methoden orientierten Handlungsrahmen im Fallbezug arbeiten. Dieser wird zwar fallspezifisch modifiziert, verbleibt jedoch in medizinischer Logik. Die Dimensionen des Handelns und der Zugang zum »Fall« sind in der medizinischen Logik klarer strukturiert als etwa in der Sozialarbeit. Hier ist der Fall »ein Patient/ein Kranker in seiner Beziehung zur Krankheit, in seiner Beziehung zum Körperlichen« [GILDEMEISTER 1994, S. 65].

Demgegenüber hat es die Sozialarbeit in ihrem Fallbezug mit zumeist komplexen und schlecht strukturierten Problemen zu tun. Schlecht strukturierte Probleme kennzeichnen sich in der Regel dadurch, dass Ziel und Lösung anfänglich nur vage bekannt sind [vgl. HEINER 1995, S. 102]. Der »Fall« in der Sozialen Arbeit erschließt sich erst durch Bezug zur Lebenspraxis der Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld. »Ein ›Fall‹ – das dürfte aus dem bisher Gesagten deutlich geworden sein – ist in der sozialen Arbeit nicht automatisch gleichzusetzen mit einer natürlichen Person und ihrer individuell problematisch gewordenen Lebenspraxis. Ein Fall kann auch eine soziale Einheit meinen, wie etwa eine Familie, eine Organisation, ein Stadtteil, ein Team. Ein ›Fall‹ in der sozialen Arbeit entsteht erst dann, wenn sie – die soziale Arbeit – sich auf eine soziale Einheit handelnd richtet. (...) daraus folgt, daß ein ›Fall‹ erst aus der Interaktion von Sozialarbeitern und Adressaten als ein Transformationsprozeß entsteht« [GILDEMEISTER 1994, S. 69]. Neben diesem Aspekt, dass der »Fall« erst in den interaktiven Prozessen zwischen Sozialarbeit und Klientel entsteht (entstehen kann) und sie von ihrem Fallverständnis her den Fall nicht

verobjektivieren will (»d. h. »etwas zum Ding machen« [a. a. O., S. 69]), erscheint uns ebenso gravierend als Merkmal Sozialer Arbeit ihr Bezug »auf die konkrete Lebenspraxis im Sinne der alltäglichen Lebensführung der Klienten« [a. a. O., S. 69].

Anders stellt sich dies bei der medizinischen Profession dar: »In bezug auf die konkrete Lebenspraxis im Sinne der alltäglichen Lebensführung der Klienten bleiben »klassische« Professionelle abstinenter – auch dort, wo der Arzt einen Hausbesuch macht, behandelt er mit dem Kranken die »Krankheit«, und er behandelt nicht dessen Lebenspraxis als Lebensführung« [a. a. O., S. 66].

Aufgrund des eher diffusen Tätigkeitsfeldes der Sozialen Arbeit, ihrer heterogenen wissenschaftlichen Grundlagen, ihrer Einbindung in administratives Handeln, dem Fehlen einer Berufsdomäne und professionseigener Kontrollinstanzen, gilt sie als »Semiprofession«. Die Berufsgruppe der Mediziner zählt demgegenüber zu den »stolzen« Professionen [HUGHES 1971, nach GILDEMEISTER 1994] mit entsprechender Berufsdomäne und gesellschaftlicher Anerkennung.

Somit treffen im sozialpsychiatrischen Feld nicht nur unterschiedliche Professionen und Problemdefinitionen bezüglich des »Falls im Fall« aufeinander, sondern auch unterschiedliche Fachsprachen und divergierender Status. Im Feld der ambulanten Betreuung dominieren zwar die pädagogischen Berufsgruppen, allerdings versucht auch hier die medizinische Profession zu definieren, welches die Klientele der Dienste sind und welche nicht, wer »behandelt« und wer nicht behandeln darf.

Nun ist es nicht selten, dass gerade die tradierten, »stolzen« Professionen wie Juristen, Mediziner, Pfarrer usw. der Sozialen Arbeit die Klientel überlassen oder auch überantworten, die sie mit ihren professionellen Standards nicht (mehr) erreichen. Analogien finden sich auch hier zur Gruppe der so genannten »Chroniker« – besser: Langzeitklienten –, deren Behandlung als besonders schwierig gilt: »Chronische sogenannte unproduktive Minussymptomaten gelten als das große und ungelöste Problem der Psychiatrie. Es gibt außerhalb von Kliniken und Rehaeinrichtungen bislang wenig elaborierte Konzepte für die Arbeit mit dieser Klientel, und auch die Klinikpsychiatrie tut sich damit schwer.« [SCHWEITZER u. a. 1991, S. 12]

Dies trägt nun einerseits dazu bei, dass von Sozialpsychiatrischen Diensten nicht unbedingt erwartet wird, dass sie die Betroffenen »heilen« [SCHWEITZER u. a. 1991, S. 12], führt aber auch dazu, dass es für die »neuen« Professionen im psychiatrischen Feld schwierig ist, das eigene Tätigkeitsfeld zu definieren. Andererseits nehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste hier auch eine »Pionierrolle« [a. a. O., S. 12] ein, da sie den Patienten, die vor noch nicht allzu langer Zeit ihr Leben in Kliniken verbrachten, zu einem selbstbestimmteren Leben und »gelingenderen Alltag« [THIERSCH] verhelfen können. Da die von uns untersuchten Dienste nicht in Aufgaben der Unterbringung eingebunden sind – sie somit administrativen Einbindungen und Logiken nicht unterliegen und dem Strukturdilemma von Hilfe und normativer Kontrolle weit weniger ausgesetzt sind als andere Dienste der Sozialen Arbeit – bieten sie hier Möglichkeiten, jenseits »individueller, heroischer Sonderleistungen« [SAHLE 1987, S. 35] eine eigene Praxis herauszubilden.

Wie bisher dargestellt, hat die Schizophrenieforschung unterschiedlichste Konzepte und Modelle sowohl zur Entstehung als auch zur Behandlung der »Krankheit« hervorgebracht. Eine einheitliche »Krankheitslehre« existiert demnach auf Seiten der Experten nicht [vgl.

JERVIS 1978; CIOMPI 1982; MENTZOS 1991; BRUNS 1998]. In der (sozial)psychiatrischen Diskussion wird jedoch weitestgehend eine schizophrene Störung als »Ich-Störung« analysiert: »Ich-Störungen werden dann angenommen, wenn der Betroffene von sich selbst den Eindruck hat, daß sein ureigenes Ich nicht mehr unter seiner eigenen Kontrolle und abgrenzbar von anderen Menschen funktioniert.« [STARK u. a. 1995, S. 17] Bezüge zur Realität, auf die es im Rahmen des Behandlungsprozesses hin zu orientieren gilt, erscheinen in diesem Konzept als gestört.

Als Rückfallprophylaxe werden psychoedukative Ansätze wie Social Skill Training [LIBERMANN u. a. 1986] und Familientherapie zur Reduktion emotional aufgeladener Familienklimata (high expressed emotions) als sinnvoll erachtet [LEFF 1986]. In systemischer Therapie wird versucht, mittels »Verstörung« und »Umdeutung«, dem chronifizierten System und seinem Inpatienten zu neuen Verhaltensweisen zu verhelfen. Während sich diese Handlungslogiken vor allem in psychotherapeutischen Arbeitsansätzen entwickelt haben, wird der Sozialen Arbeit die Begleitung im Alltag, die Gestaltung des Alltags zugeschrieben.

Die Herstellung helfender und heilender Milieus, Beratung und Begleitung im Alltag setzen, soll Soziale Arbeit und ihre Tätigkeit nicht instrumenteller Logik unterliegen, die Kooperation und Interaktion mit den Betroffenen voraus, jenseits schematischer, standardisierter »Fallbearbeitung«. Grundbedingung hierbei ist die »Idealisierung einer ›Reziprozität‹ der Perspektiven« [GILDEMEISTER 1989, S. 147], die sich unter Bedingungen von Machtstrukturen und unter Anwendung von Gewalt, wie z. B. bei Zwangseinweisungen, nicht herstellen lässt. Die »gemeinsame Situationsdefinition« sowie die »Reziprozität der Perspektiven« [a. a. O., S. 147] sind Grundbedingungen symbolisch vermittelter Interaktion. Hilfevorstellungen und Hilfeerwartungen lassen sich somit nur entwickeln und realisieren in Bezug zu der jeweiligen sozialen Welt der Betroffenen, den dort geltenden Normen und Relevanzen.

Fallbearbeitung und Fallbezug in Sozialer Arbeit bedürfen, so fassen wir zusammen, der Reziprozität in der Interaktion und zielen in ihrem intervenierenden Handeln auf lebenspraktische Probleme und Fragen sozialer Integration.

1.3.3 Alltag und psychische Störungen: Ausgrenzung findet im Alltag statt

Ausgangspunkt unserer These der Ausgrenzung psychisch Kranker in den Strukturen des Alltags sind die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste und in den psychiatrischen Kliniken veränderten Versorgungskonzepte. Der Stellenwert stationärer Psychiatrie lässt sich angesichts des Primates gemeindenaher Versorgungsstrukturen neu bestimmen. War die psychiatrische Klinik bis in die 70er Jahre Ort langfristiger Unterbringung, so ist sie im Zuge der Psychiatriereform zunehmend zur Institution der zeitlich befristeten Aufenthalte und akuter Interventionen geworden: beispielsweise in akuten Krisen der Betroffenen oder bei Fremd- und Selbstgefährdung. Vor diesem Hintergrund haben sich auch die Karriereverläufe der Psychiatrieerfahrenen verändert [vgl. KEUPP 1987, S. 98].

Wie bereits dargestellt, verlagerten sich Prozesse der sozialen Kontrolle von der Ebene institutionellen Einschlusses hin zu symbolisch vermittelten Einflussnahmen. Damit, so können wir ergänzen, wurden Mechanismen der sozialen Kontrolle auch sehr viel stärker an alltagsweltliche Definitionen von Abweichung und Normalität gebunden. Besondere Bedeutung wird daher – in Abrückung von der institutionen-kritischen Labelingperspektive

– dem sozialen Umfeld und den sozialen Netzwerken bei der Definition und Bewältigung von psychischer Devianz zugemessen.

In neueren Ansätzen sozialpsychologischer Analyse von »psychischem Leid« [KEUPP 1998] wird durch die Verbindung von Ergebnissen aus Belastungs-, Bewältigungs- und Ressourcenforschung versucht, Krankheitsursachen und Verläufe zu explizieren. Unter dem Stichwort »Coping« wird das Bewältigungshandeln Betroffener kategorisiert als z. B. bewertungsorientiertes Coping, problemorientiertes Coping oder auch emotionsorientiertes Coping. Für eine gelingende Krisenbewältigung wird die Verfügbarkeit positiver Coping-Ressourcen angenommen, die wiederum mit den jeweiligen sozialen Lebenszusammenhängen der Betroffenen korrespondieren [vgl. KEUPP 1998, S. 480]. Verknüpft werden somit die Ebene der individuumszentrierten Bewältigung und die Verfügbarkeit über entsprechende soziale Ressourcen. Soziale Ressourcen gelten dabei als Parameter für die sozialen Bindungen des Individuums.

Exemplarisch bildet sich diese Annahme u. a. auch in der Netzwerkforschung [KEUPP, RÖHRLE 1987; NESTMANN 1989; RÖHRLE, SOMMER, NESTMANN 1998] ab, die danach fragt, in welchen sozialen Beziehungen die Betroffenen leben und wie sich diese sowohl auf die Bewältigung spezifischer Lebensprobleme als auch auf die Routinen des Alltags auswirken. Dabei wird angenommen, dass die soziale Unterstützung durch Netzwerke vor allem durch Abschirmung, Abpufferung und auch Tolerierung wirkt. Die qualitative Dimension eines Netzwerkes wird unterschieden im Hinblick auf die Verlässlichkeit des Hilfepotenzials: So gelten z. B. kleine, dichte und multifunktionale Netzwerke als in hohem Maß verlässlich, können jedoch auch als einengend und kontrollierend erlebt werden (z. B. familiäre Netzwerke). Lockere und offene Beziehungsnetze erscheinen zwar freier gewählt, sind jedoch auch unsicherer und begrenzter in ihren Unterstützungsmöglichkeiten [vgl. NESTMANN 1989].

Soziale Netzwerke haben somit tendenziell einen doppelten Charakter: Sie können sowohl Hilfe als auch soziale Kontrolle umfassen. In der Vermittlung und Überweisung zu professionellen Diensten und Institutionen spielen sie eine herausragende Rolle. Untersuchungen zum Netzwerk Schizophrener zeigen, dass dieses nicht nur weniger Personen umfasst als bei vergleichbaren nichterkrankten Menschen, sondern auch kleiner ist als etwa das von depressiven Menschen oder auch Alkoholkranken. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Dauer der Krankheit und die Häufigkeit der stationären Aufenthalte die Betroffenen zunehmend ihrer sozialen Welt entfremdet: Die persönlichen Netzwerke schrumpfen proportional zu Krankheitsdauer und Häufigkeit stationärer Unterbringung [vgl. ANGERMEYER, KLUSMANN 1989; KLUSMANN 1992; RAISCH 1996]. Häufig sind Verwandte und Angehörige die einzigen Kontaktpersonen dieser Menschen, viele von ihnen leben auch völlig isoliert. Ihre Beziehungen erscheinen nicht nur als besonders störanfällig, sondern weisen häufig auch asymmetrische Strukturen auf. Reziprozität, wesentliches Element in Netzwerkbeziehungen, scheint in diesen, bezogen auf die Betroffenen, nur schwer realisiert werden zu können. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass diese Menschen z. T. über eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit verfügen, ist andererseits jedoch auch dadurch zu erklären, dass soziale Rückzüge als Stressvermeidung interpretiert werden [vgl. CIOMPI]. Neuere Untersuchungen, die den Zusammenhängen von sozialer Kompetenz und sozialer Unterstützung nachgehen, nehmen soziale Fähigkeiten als Grundlage für die Inanspruchnahme informeller Hilfen an: Soziale Integration und emo-

tionale Geborgenheit lassen sich, so wird deutlich, vor allem vor dem Hintergrund sozialer Kompetenz realisieren und entwickeln [vgl. RÖHRLE, SOMMER 1993], bedürfen somit interpersoneller Fertigkeiten.

Prozesse der Ausgrenzung und sozialen Integration, so lässt sich zusammenfassend festhalten, sind in »starkem Maße vor allem an alltagsweltliche Handlungssysteme« gebunden. Zuschreibungen von »Abweichung« und »Normalität« finden in den interaktiven Prozessen zwischen Betroffenen und ihrem sozialen Bezugssystem statt, sind »kollektive Konstruktionen« [GILDEMEISTER 1991, S. 274]. Die Prozesse sozialer Kontrolle in den informellen sozialen Netzen scheinen »für das soziale Schicksal einer Person oft die entscheidenden« [KEUPP 1990, S. 88] zu sein. Aufgrund der Erkenntnis, dass »Klinikpsychiater bei Personen, die in die Klinik eingeliefert werden, fast immer eine psychiatrische Diagnose stellen, liegt die Entscheidung, ob es zu einer Einweisung kommt, weitgehend bei den engsten Bezugspersonen« [KEUPP a. a. O., S. 88] »abweichender« Menschen.

Vor dem Hintergrund qualitativer Studien scheinen sich in Interaktionsprozessen, in denen es zu derartigen Zuschreibungen kommt, häufig ähnliche Reaktionsmuster abzuzeichnen. Diese Prozesse sind häufig an die Abweichung von gemeinsamer Alltagsbewältigung gekoppelt. In der Regel wird erst einmal versucht, »das störende Verhalten im Rahmen geteilter Normalitätsvorstellungen zu interpretieren« [KEUPP 1994, S. 59]. Die Studie von HOHL [1983], durchgeführt in Familien mit einem psychiatrischen Patienten, zeigt, dass in diesen Familien eher die »banalen Verstöße gegen den Ablauf der familialen Alltagspraxis« [KEUPP 1994, S. 58] zur Belastung werden und Interventionen nach sich ziehen. Dabei zeichnet sich ab, dass die Angehörigen mit psychotischen Symptomen wie Wahn oder Stimmenhören ganz gut umgehen können, während die so genannten Negativsymptome wie Apathie, Verwahrlosung und sozialer Rückzug nur schwer zu ertragen und zu tolerieren sind.

Psychiatrische Karrieren verweisen, wie wir sehen, in stärkerem Maße auf den sozialen Kontext der Betroffenen als etwa auf institutionelle Handlungsmuster. Prozesse psychischer Störung lassen sich dahingehend interpretieren, dass in diesen die Betroffenen »aus den Normalitätskonzeptionen ihrer sozialen Welt« herausfallen; sie »können oder wollen den Integrationsnormen nicht entsprechen« [GILDEMEISTER 1991, S. 274].

Die Analyse der sozialen Kontrollmuster zeigt, dass in der alltäglichen Lebenswelt die Weichen für institutionelle Interventionen gestellt werden, »dass Hilfe und Kontrolle (...) nicht erst mit der Intervention von Institutionen des Dienstleistungssystems oder Kontrollapparates wirksam werden, sie durchziehen auch das lebensweltliche Handeln« [KEUPP 1987, S. 106]. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass psychische Krankheit sich auf Seiten der Betroffenen als spezifischer Einschnitt in die Sicherheiten und Routinen des Alltags abbildet. Die Aufrechterhaltung sozialer Identität und die Fähigkeit zur Kohärenz sowie die daraus erwachsenden Solidaritätspotenziale – mithin die entscheidenden Bedingungen für psychische und physische Gesundheit [vgl. ANTONOWSKY 1987] – scheinen eingeschränkt. Diese Prozesse korrespondieren mit eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten im Alltag.

1.3.4 *Psychische Störungen als eingeschränkte Handlungsfähigkeit im Alltag*

Haben wir bisher den Handlungsrahmen des Alltags als einen an Routinen und Typisierungen orientierten definiert, so geht es nunmehr darum, die Bewältigung des Alltags als alltägliches Handeln zu spezifizieren. Wir knüpfen dabei an das sozialpädagogische Konstrukt der »Alltagsbewältigung« [THIERSCH 1986] an. Damit transformieren wir das Paradigma des Alltags von der Gesellschaftsebene auf die Ebene der Interaktion. Alltagsbewältigung dient dabei als Bezugsrahmen für typische Erscheinungsformen von Lebensschwierigkeiten, die es zu bewältigen gilt. In dem Konzept der Alltagsbewältigung von Lebensschwierigkeiten konkretisiert sich die Frage nach der Kompetenz zur Bewältigung von Lebensschwierigkeiten im Alltag »als nach der Handlungsfähigkeit im Alltag« [BÖHNISCH u. a. 1988]. Mit dem Konstrukt der Handlungsfähigkeit versuchen wir einerseits, die soziale und biografische Dimension psychischer Krankheit zu analysieren, andererseits auch den Interventionshorizont der institutionellen Bearbeitung der »Abweichung im Innern« zu erfassen.

Handlungsfähigkeit im Alltag basiert auf dem praktizierten Leben in einer sozialen Welt. Die Bewältigung von Aufgaben wird strukturiert durch in gemeinsamer Lebenspraxis erworbene Deutungs-, Sprach- und Handlungsmuster. Die in sozialer Interaktion sich herausbildenden Handlungsmuster formen das Handeln des Einzelnen: Sie werden übernommen oder modifiziert. Handlungsfähigkeit im Alltag erhält ihre Struktur durch Routinen und Typisierungen. Diese prägen das Selbstverständliche und auch Fraglose alltäglichen Handelns. Routinen und Typisierungen werden von uns verstanden als das »Repertoire der den Alltag bestimmenden kulturellen Deutungs- und Handlungsmuster« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 9].

Handlungsfähigkeit im Alltag bildet sich heraus im Kontext sozialer Netze und der Erfahrungen im Raum. Sie ist also bestimmt durch Unterschiedlichkeiten in den sozialen Bezugsfeldern der Menschen und ihren Lebensressourcen. Handlungsfähigkeit basiert, wie wir sehen, auf sozialer Interaktion in lebensweltlichen Zusammenhängen. Auf das komplementäre Verhältnis von Handlungsfähigkeiten und Identität verweist folgende Analyse: »Lebensgeschichtlich betrachtet ist Handlungsfähigkeit in sozialer Interaktion als solche Voraussetzung und Ergebnis der Identitätsleistung der Person.« [GILDEMEISTER, ROBERT 1987, S. 78]

Primär ist das Handeln im Alltag durch die Erwartung des Ich-kann-immer-wieder und des Und-so-Weiter bestimmt, baut also auf Kontinuität und Verlässlichkeit. Diese Selbstverständlichkeit wird jedoch auch immer wieder durch besondere Anforderungen, Situationen und auch Krisen durchbrochen, die es zu bewältigen gilt. Wenn eingespielte Deutungs- und Handlungsmuster nicht hinreichen, um besondere Anforderungen zu bewältigen, bedürfen Routinen und Typisierungen der Reflexion, müssen sie neu konstituiert werden. Reflexible Prozesse können sich dabei auf interaktive Verständigung, Informationsaustausch und Beratung beziehen: Sichtweisen und Bewertungen können dabei ausgetauscht werden und dazu beitragen, Schwierigkeiten zu bewältigen.

In Prozessen psychischer Krankheit werden nun die Idealisierungen alltäglichen Handelns und die Identität der Betroffenen in spezifischer Weise tangiert: Sie erleiden Einschränkungen in ihrer üblichen Handlungskapazität und erfahren einen Mangel an Kohärenz mit dem sozialen Umfeld. In Anlehnung an FISCHER [1985] nehmen wir an, dass sich der

Krankheitsprozess sowohl auf die »Handlungskapazität« der Betroffenen auswirkt als auch das Verhältnis zu ihrem sozialen Umfeld tangiert: als Reduktion der »Interaktionskapazität« [a. a. O., S. 561]. Krankheit als »Verletzung sozialer Leiblichkeit« [a. a. O., S. 561] beinhaltet ihm zufolge jedoch nicht nur den Verlust einzelner Handlungspotenziale, sondern erstreckt sich auf »die ganze ›Welt der natürlichen Einstellung«, die ›Alltagswelt« mit ihren stillschweigenden Normalitätsannahmen bzw. ›Idealisierungen« [a. a. O., S. 561].

Im Hinblick auf das Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste gehen wir davon aus, dass die Idealisierung des Ich-kann-immer-wieder-und-so-Weiter für die Betroffenen krankheitsbedingt nicht mehr gewahrt ist. Dies kann als Verletzung der »Kontinuitätsidealisation« [a. a. O., S. 562] bezeichnet werden. Des Weiteren gehen auch wir von der Verletzung der »Kooperationsidealisation« [a. a. O., S. 561] bei den Langzeitklienten aus, die ihren Niederschlag in Kommunikations- und Interaktionsstörungen findet.

Als dritten Verlust nehmen wir die Verletzung der »Idealisierung körperlicher Autonomie« [a. a. O., S. 562] aufgrund medizinischer Eingriffe und infolge von Medikamentierung an.

Diese spezifischen Verlusterfahrungen beeinträchtigen die Handlungsfähigkeit im Alltag, wirken als Faktoren auf den Lebensentwurf und die Identität der Betroffenen. Die Selbstverständlichkeit im alltäglichen Umgang, die typisierenden Erfahrungen sind somit für die psychisch Kranken nicht mehr ohne weiteres möglich und bergen die Gefahr sozialer Isolation.

In modernisierungstheoretischer Perspektive stellen sich die eingeschränkten Handlungsfähigkeiten dieser Betroffenen unserer Meinung nach als besonders gravierend dar. Angesichts zunehmender Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse in enttraditionalisierten Gesellschaften fungiert kommunikatives Alltagshandeln als wesentliches Element sozialer Integration. Dort, wo dieses nicht praktiziert werden kann, drohen Ausgrenzung, Isolation und Identitätsverlust. Die »Identität der Person« verweist auf Prozesse der Vergesellschaftung: »D.h. sowohl Struktur wie auch Inhalt von Identität sind subjektiver Niederschlag und Verarbeitung der realen Beteiligung am sozialen Leben, sind Ausdruck eines sozialen Musters, einer sozial lebhaften und lizenzierten Form von Orientierung, Selbstverständnis und Handeln.« [GILDEMEISTER 1991, S. 274]

Wenn nun der Prozess psychischer Krankheit sich im alltäglichen Handeln als ein Mangel an Kohärenz zwischen Betroffenen und Umfeld abzeichnet, dann wird hier »eine Unübersetzbarkeit erworbener – ›vergesellschafteter« – psychischer Strukturen in soziales Handeln bedeutungsvoll«, mit der Konsequenz, dass diese Menschen »stören und/oder leiden« [GILDEMEISTER 1991, S. 274].

Auf Prozesse der zunehmenden Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten und des Leidens bei Krankheitserfahrungen verweisen die Arbeiten von RIEMANN [1986] und SCHÜTZE [1981]. Die erlittenen Verluste, das Sich-fremd-Werden und die Entfremdung in der Interaktion spiegeln die Interviews mit psychiatrischen Patienten in den Untersuchungen wider. Die Verluste kranker Menschen – eben das Zusammenbrechen von Ordnungsschemata und alltagsweltlichem Handlungsrahmen, die Außerkraftsetzung des Ideals Ich-kann-immer-Wieder – werden bei Schütze mit dem Konstrukt der Verlaufskurve analysiert. Thematisiert wird dabei das Verhältnis von Handeln und Erleiden im Krankheitsprozess. In Auseinandersetzung mit dem Modell der Krankenkariere von GERHARDT wendet er ein, dass dieses zu sehr dem »Paradigma sozialen Handelns verhaftet« [SCHÜTZE

1981, S. 93] sei. Demgegenüber stellt er das Erleiden in den Mittelpunkt der biografischen Analyse. Die »sukzessive Kompetenzreduktion« und Unterwerfung unter institutionelle Behandlungsmuster (»Prozessierung«) konstituieren sich demnach zur »Verlaufskurve« mit je eigener Erwartungsform.

Im Falle der Chronizität scheint nun der »Erwartungsfahrplan der Verlaufskurve immer wieder von der faktischen Krankheitsverlaufskurve und ihren konkreten Ereignissen durchbrochen« [SCHÜTZE 1981, S. 96] zu sein, denn Erwartungen und Pläne können und werden durch Krankheitsepisoden durchkreuzt. Aspekte der Normalisierung treten demnach zunehmend in den Hintergrund. Gegen diese Übernahme einer Krankenrolle durch die Betroffenen wendet GERHARDT ein, dass der Krankheitseinbruch biografische Entwürfe nicht völlig zum Erliegen bringt oder gar alle Handlungsschemata zusammenbrechen lässt. Ausgehend von Patientenkarrieren chronisch Nierenkranker verweist sie auf soziales Handeln und Reflexivität. Die Coping-Anstrengungen der Betroffenen und ihrer Familien, so ihr Resümee, orientieren sich »am erfolgreichen Überleben« [vgl. GERHARDT 1988, S. 223 ff]. Die diesen Verlaufsmodellen im Krankheitsprozess zugrunde liegenden Konzepte betonen jeweils spezifische Momente des Krankheitsgeschehens. Während SCHÜTZE die von außen wirkende konditionelle Steuerung der Betroffenen in dem Konzept der Verlaufskurve zugrunde legt, betont GERHARDT in der Tradition eines normativen Karrierekonzeptes soziales Handeln – als am Typischen orientiert – und Sinnbezug.

Ausgehend von der Situation der Langzeitklienten, ihrer mehrmaligen stationären Aufenthalte und ihres Ausschlusses aus identitätsstiftenden Sozialzusammenhängen der Arbeitswelt nehmen wir eingeschränkte Handlungsfähigkeit und Verluste der Identität an. Die »Chronizität« der Störungen und die langjährige Behandlung und Begleitung durch professionelle Hilfesysteme verweisen auf mögliche Prozessierung. Dass damit jedoch *alle* Handlungsschemata zusammengebrochen sind, wird von uns nicht zugrunde gelegt. Dabei knüpfen wir an KOHLI [1981] an, der in der kritischen Auseinandersetzung mit Schütze festhält: »Auch wo ein Zusammenbruch der langfristige-biografischen Orientierungen stattfindet, in dessen Folge der Betroffene die handlungsschematische Bearbeitung seiner beruflichen Probleme dauerhaft auf die Dimension der Alltagszeit beschränkt, braucht es nicht zu einer ›Krise‹ in Form eines Zusammenbruches aller Handlungsschemata zu kommen.« [KOHLI 1981, S. 167] So zeigt auch die Berliner Untersuchung, dass die Betroffenen sich z. T. »gleichzeitig als Handelnde und Erleidende begreifen« [ZAUMSEIL 1997, S. 164].

Wenn auch im akuten Wahn die Betroffenen »verrückt werden in der gemeinsam geteilten Welt« [RIEMANN 1987, S. 402], bedeutet dies nicht, dass dieser Prozess psychotischer Desorganisation ein dauerhafter ist. Aus identitätstheoretischer Perspektive geht der schizophrene Prozess zwar einher mit der »Negation der zentralen Identitäten einer Person« [BERGER 1989, S. 143], die jedoch bei entsprechender Hilfe und Unterstützung in Restitution münden können. Anhand einer gemeindepsychologischen Fallstudie zeichnet BERGER nach, wie es einer Klientin gelang – nach langer ambulanter Chronifizierung und mehrmaligem Klinikaufenthalt –, Identität, soziale Kompetenzen und persönliche Fertigkeiten allmählich wieder aufzubauen [vgl. BERGER 1989, S. 145]. Aus psychologischer Perspektive erscheint die Rückgewinnung von Identität dieser Betroffenen als Basis einer möglichen Restitution. Die psychisch Kranken »müssen unter erschwerten Bedingungen ihre Identität behaupten, bzw. neu konstruieren« [ZAUMSEIL 1995, S. 104].

In der Untersuchung von ZAUMSEIL [1997] wird deutlich, dass die kranken Untersuchungsteilnehmer sowohl mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten zurecht kommen müssen als sich auch als handlungsfähige Subjekte zu konstituieren haben. Durch die Modernisierung scheint diese Aufgabe eher erschwert als erleichtert worden zu sein [a. a. O., S. 197]. Von den neuen Chancen und Spielräumen, bedingt durch den Freisetzungsprozess, profitieren laut ZAUMSEIL nur wenige, während viele als überfordert erscheinen. Der Kampf um Anerkennung und Sinn seitens der Betroffenen nimmt einen wichtigen Platz in ihrem Alltagsleben ein [vgl. ZAUMSEIL 1997, S. 163].

Anknüpfend an das komplementäre Verhältnis von Identität und Handlungsfähigkeit umfasst der Prozess der Rehabilitation somit auch Wiederherstellung vorübergehend eingeschränkter Handlungsfähigkeit, indem Typik und Vertrautheit zu behaupten bzw. neu zu konstruieren sind. Die »gestörte Handlungsfähigkeit wird wieder hergestellt, indem Typik über Vertrautheit gesucht wird« [BÖHNISCH 1994, S. 39]. Für den Interventionshorizont Sozialer Arbeit bedeutet dies, angesichts der Lebenssituation der Langzeitklienten den Bereich der sozialen Reproduktion dieser Menschen sichern zu helfen – durch Stabilisierung eines »gelingenderen Alltags« [THIERSCH] und Schaffung von Anregungsmilieus, aus denen heraus neue Optionen möglich sind.

Der »Kampf um Alltag als Kern institutionellen Handelns« [GILDEMEISTER 1989, S. 132] im Übergangwohnheim für psychisch Kranke kann für die Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste ebenfalls angenommen werden. Allerdings nicht nur als Sicherung von Routinen und Typisierungen, sondern auch als das »Ringen um soziale Bezogenheit« [GILDEMEISTER a. a. O., S. 223], ohne das Handeln im Alltag nicht auskommt, sowie der Konfrontation mit romantischer Verklärung des Alltags und als Auseinandersetzung mit »zugedeckten Widersprüchen, Versagungen und verschütteten Hoffnungen« [BÖHNISCH, SCHEFOLD 1998, S. 466].

LEFERINK konstatiert als »Hintergrundmerkmal des Lebensalltages« [LEFERINK 1997 b, S. 120] der chronisch psychisch Kranken eine »soziale Entbundenheit« – nicht zu verstehen als Ursache oder Symptom der Krankheit, sondern als Eigenschaft des Lebensalltages dieser Menschen, die bedeutet, »daß jeder Akt der Inbeziehungsetzung einen Aufwand an Kraft bedeutet, die man einfach nicht hat« [a. a. O., S. 120]. Der schizophrene Lebensalltag ist ihm zufolge der »Alltag von unsichtbaren Außenseitern«, Schizophrenie mithin »ein alltäglicher Kampf gegen Bedeutungsverlust und für die Integrität der Person« [a. a. O., S. 144].

1.4 Region und Alltag: Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung

Wie bisher dargelegt, veränderten sich im Zuge der Psychiatriereform die Versorgungsstrukturen grundlegend. Die psychiatrischen Anstalten öffneten sich, und z. T. orientierten sie sich auch an den neuen, regionalisierten Versorgungsstrukturen durch Sektorisierung. Sie versuchten damit einen regionalen Bezug zu ihrer Arbeit herzustellen. Wesentlich für diese Institutionen erscheint darüber hinaus, dass sie mehr und mehr zum Ort stationärer Krisenintervention wurden, während die Langzeitbetreuung sich in die Gemeinden verlagerte. Das Regionalisierungskonzept, basierend auf den Empfehlungen

der Expertenkommission, übertrug die finanzpolitische Zuständigkeit und sozialplanerische Kompetenz auf die kommunalen Gebietskörperschaften der Städte und Landkreise. Primäres Anliegen dieser Kommission war es denn auch, diese Gebietskörperschaften stärker in die Verantwortung für die Versorgung psychisch Kranker zu nehmen.

Dabei wird auch deutlich, dass sich in den Konzepten des gemeinde-psychiatrischen Verbundes vor allem städtische und großstädtische Versorgungsstrukturen widerspiegeln. Qualitative Merkmale regionaler Versorgung werden ebenfalls aus städtischer Perspektive heraus entwickelt und in modifizierter Form versucht, sie in die ländlichen Regionen zu übertragen: »Sowohl in ländlichen als auch städtischen Regionen wird man je nach dem Umfang der zu versorgenden Einwohnerzahl insgesamt den gemeinde-psychiatrischen Verbund einem möglichst mit administrativen Grenzen zusammenfallenden Gebiet zuordnen (Stadtbezirke, Gemeindegrenzen). Während sich allerdings der Aufbau des gemeinde-psychiatrischen Verbundes unter Gegebenheiten städtischer Strukturen nach den Empfehlungen prinzipiell gut entwickeln lassen müßte, sind in ländlichen Regionen bei flächenhafter Ausdehnung größere Entfernungen, häufig schlechte Nahverkehrsverhältnisse und dünnere Besiedlung in Rechnung zu stellen. So hat die Erfahrung gelehrt, daß Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktionen in kleinen ländlichen Gemeinden nicht ohne weiteres angenommen werden. Bei kleinräumigen, übersichtlichen Verhältnissen, in denen jeder jeden kennt, wird eine Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion im Ort unter dem Blick der anderen offenbar ungern aufgesucht. Es empfiehlt sich daher, Kontaktstellen lediglich in Kreisstädten oder größeren kreisangehörigen Gemeinden mit mindestens 40.000–60.000 Einwohnern einzurichten.« [BUNDESMINISTERIUM 1988, S. 302 f.] Für den aufsuchend-ambulanten Dienst empfiehlt die Kommission »für großflächige Landkreise eine dezentrale Organisation des aufsuchend-ambulanten Dienstes. Auf diese Weise können auch entlegene Gebiete gut erreicht und von den Betreuern durchdrungen werden« [a. a. O., S. 303]. An diesem Zitat wird deutlich, dass die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung zum einen unter dem Gesichtspunkt kommunaler Zuständigkeiten thematisiert und zum anderen urbane Muster institutioneller Hilfe zugrunde gelegt wurden. Regionale Eigenständigkeiten, Regionen als »soziale Räume, die Lebenswelten und Lebenslagen ökonomisch, institutionell und kulturell strukturieren« [STAUBER, WALTHER 1995, S. 153] geraten dabei allenfalls aus urbaner Perspektive ins Blickfeld. Insgesamt zeigt sich das Phänomen des »urbanen Horizontes« der Versorgungsplanung. Auch hier gilt, »daß das Land sowohl in der Armut- und Problemlagenforschung als auch im Kontext gemeinwesen-orientierter sozialpädagogischer Konzepte marginalisiert (ist), es erfährt sozusagen eine doppelte Abkoppelung. Zum einen ist dies auf den von GIORDANO diagnostizierten industriell-urbanen Horizont der deutschen Soziologie zurückführbar [GIORDANO 1989], zum anderen ist dies auch Resultat des metropolenzentrierten Blicks der westdeutschen Sozialpädagogik, die nahezu ausschließlich in Ballungsräumen Veränderungschancen und Anknüpfungspunkte einer fortschrittlichen Gemeinwesenarbeit sah und somit das Land gänzlich ausblendete« [KOLBMÜLLER, LUTZ 1996, S. 81].

Das mag daran liegen, dass die Sozialarbeit historisch städtischen Ursprungs ist, und die Stadt in historischer und aktueller Perspektive als Ort forciertem Modernisierung [DANGSCHAT 1996] gilt, an dem soziale Probleme verschärft hervortreten.

Exkurs

Urbane Lebensformen werden häufig mit Merkmalen wie Größe, Dichte und Heterogenität der Bevölkerung in Zusammenhang gebracht. Wird der ländliche Raum historisch den Prinzipien bäuerlicher Subsistenzwirtschaft zugeordnet, so gilt die Stadt als Ort kapitalistischer Produktionsweise und des Marktes, als »Sitz der Geldwirtschaft« [SIMMEL 1903]. GEORG SIMMELS Essay »Die Großstädte und das Geistesleben«, im Jahre 1903 erstmals veröffentlicht, wird als eine »Magna Charta der Stadtsoziologie« [HÄUßERMANN, SIEBEL 1988, S. 85] angesehen. In dem Essay werden im Wesentlichen zwei Aspekte städtischen (modernen) Lebens behandelt und aufeinander bezogen. Das sind einmal die diagnostizierten veränderten sozialen Beziehungen aufgrund des Einflusses veränderter Produktionsweisen, die sich SIMMEL zufolge in »Versachlichung der zwischenmenschlichen Kontakte« ausdrücken, sowie die veränderte soziale Organisation des Städtischen, resultierend aus »Größe von Bezirk und Menschenzahl« [a. a. O., S. 85]. Für SIMMEL bedeuten Geldwirtschaft und städtische Lebensweisen einen Zugewinn an Freiheit und erweiterte Möglichkeiten gegenüber den persönlichen Abhängigkeiten und den Zwängen des Naturaltausches in dörflicher Gemeinschaft. Er richtete seinen Blick auf die Großstadt und Phänomene, die den Alltag radikal wandelten. Die moderne Zeitordnung setzt dem Leben neue Bedingungen, vielfältige Beziehungen in der Großstadt verlangen Absprachen und neue Zeittakte, der Verkehr funktioniert entlang von genauen Zeitplänen, Arbeit und Freizeit sind in die moderne Zeitordnung einzupassen. Die aus großstädtischer Öffentlichkeit erwachsende Überflutung mit Reizen und Eindrücken bringt ihm zufolge »Blasiertheit« und »Gleichgültigkeit« hervor: als Schutz vor Überstimulierung und Involviertheit. Mit der »Kreuzung sozialer Kreise« erweitern sich für SIMMEL die Möglichkeiten von »individualisierter Kombination« [SIMMEL 1908, S. 321], und daraus »ergeben sich nun vielerlei Folgen. Die Gruppen, zu denen der Einzelne gehört, bilden gleichsam ein Koordinatensystem derart, daß jede neu hinzukommende ihn genauer und unzweideutiger bestimmt. Die Zugehörigkeit zu je einer derselben läßt der Individualität noch einen weiten Spielraum, aber je mehr es werden, desto unwahrscheinlicher ist es, daß noch andere Personen die gleiche Gruppenkombination aufweisen werden, daß diese vielen Kreise sich noch einmal in einem Punkte schneiden. Mit der Zugehörigkeit zu verschiedenen Kreisen sinkt nun auch die Möglichkeit umfassender sozialer Kontrolle, denn sie erstreckt sich demnach jeweils nur auf einen Teil des Lebens des Einzelnen« [a. a. O., S. 312]. In soziologischen Ansätzen, die sich mit städtischen Lebensformen auseinander setzen, werden Größe der Gemeinde und Heterogenität der Bevölkerung zum Gradmesser persönlicher und sozialer Integration. Ausgehend von der Annahme, dass städtische Lebensformen nicht in ausreichendem Maße persönliche und soziale Integration ermöglichen, werden daher »psychische Störungen, Selbstmord, Kriminalität und andere Formen abweichenden Verhaltens in den Städten wahrscheinlicher als in ländlichen Gemeinden« [WIRTH 1938; FISCHER 1972, nach FRIEDRICHS 1995, S. 146 f.]. Empirische Studien zu den Inzidenzraten psychischer Störungen oder auch Kriminalitätsstatistiken [vgl. FRIEDRICHS 1995, S. 149] können als Beleg der Analysen von WIRTH und FISCHER gedeutet werden. Dies jedoch vor allem den anomischen Strukturen der Großstadt anzulasten, hieße von sozialintegrativen Lebenszusammenhängen in kleinen Gemeinden auszugehen, die gegenüber sozialem Wandel und anomischen Grundtendenzen immun zu sein scheinen.

Ziehen wir weitere Studien heran, so zeigt sich, dass »in etwa drei Viertel der Menschen,

die an erheblichen psychosozialen Problemen leiden, nie in Behandlung waren, sogar 20 Prozent als schizophren klassifizierter Menschen noch nie mit Institutionen der psychosozialen Versorgung zu tun hatten, und Personen aus städtischen Lebensfeldern mit größerer Wahrscheinlichkeit Kontakt zu irgendeinem Teilsystem psychosozialer Versorgung (haben) als Menschen aus ländlichen Gebieten« [KEUPP 1994, S. 52]. Im Rahmen unserer Arbeit interessiert im Zusammenhang mit den empirischen Studien zur Verteilung psychischer Krankheiten der festgestellte Stadt-Land-Unterschied. Wir betrachten die Ergebnisse als Indikationen eines komplexen Prozesses, der nicht auf die »anomischen« Tendenzen in der Großstadt reduzierbar ist, sondern auf die Eigenart ländlicher und städtischer Sozialräume verweist und auf die je spezifischen Umgangsweisen mit Institutionen sozialer Hilfe und Instanzen psychiatrischer Versorgung. Im Folgenden werden wir die Inanspruchnahme institutioneller Hilfen im regionalen Kontext qualitativ erörtern.

1.4.1 Inanspruchnahme institutioneller Hilfen im regionalen Kontext

In einer Reihe von Studien wird festgestellt, dass psychosoziale Dienste und Beratungseinrichtungen auf dem Land weniger in Anspruch genommen werden als in urbanen Regionen oder in Ballungsgebieten [vgl. BUXTON 1970; STRAUS u. a. 1988]. Analoge Erfahrungen zeichnen sich für die Inanspruchnahme medizinischer und psychiatrischer Institutionen ab. So wird in der einzigen deutschen Feldstudie zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in der Gesamtbevölkerung (Oberbayerische Verlaufsstudie) [FICHTER 1990] konstatiert, dass der geringste Anstieg der psychiatrischen Inanspruchnahme in der als Agrargemeinde klassifizierten Region festzustellen war [vgl. FICHTER 1990, S. 240]. Dies wird u. a. damit begründet, dass für »deren Bewohner wegen fehlender Infrastruktur psychiatrische Institutionen schwer erreichbar sind« [a. a. O., S. 240]. Wenn auch die genannten Untersuchungen aufgrund unterschiedlicher Forschungsansätze, Grundgesamtheiten der untersuchten Population und variierender regionaler Klassifikationsmerkmale nicht kongruent und deshalb nur bedingt miteinander vergleichbar sind, so ist im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung jedoch von Interesse, dass insgesamt davon ausgegangen werden kann, dass professionelle Hilfen in ländlichen Regionen nicht entsprechend in Anspruch genommen werden, wie etwa in Großstädten oder Ballungsgebieten.

Die Ursachen einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Dienste in ländlichen Regionen werden auf mehreren Ebenen analysiert [vgl. hierzu HASSINGER 1982; WIRTH 1982; LENZ 1990]. Die wichtigsten Erklärungsansätze gehen von folgenden Prämissen für das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten aus:

1. Unterversorgung
Ländliche strukturierte Regionen sind vor allem mit Fachdiensten und speziellen Beratungsangeboten unterversorgt.
2. Schlechtere personelle Ausstattung
Die psychosozialen Beratungsstellen in ländlichen Gebieten sind in ihrer personellen Ausstattung schlechter gestellt als etwa in Ballungsgebieten und verfügen daher nur über eine eingeschränkte Funktionsweise, wie z. B. eine nur stundenweise Besetzung von Außenstellen.
3. Längere Anfahrtswege
Das Aufsuchen einer entsprechenden Beratungsstelle ist in ländlichen Regionen mit beträchtlichem Zeit- und auch Geldaufwand und Anstrengungen verbunden. Die Über-

windung dieser Faktoren setzt Mobilität voraus und benachteiligt bestimmte Bevölkerungsgruppen.

4. Dichte und enge Netzwerke üben ein hohes Maß an sozialer Kontrolle aus

Die hohe soziale Kontrolle durch eine besonders engmaschige und dichte familiäre Netzwerkstruktur in ländlichen Regionen hält HASSINGER [1982] für entscheidender bei der Nicht-Inanspruchnahme oder einer verzögerten Nutzung professioneller Hilfe als etwa schlechtere Versorgungsstrukturen, eingeschränkte Möglichkeiten oder geringeres Wissen über entsprechende Versorgungs- und Beratungsangebote. Diese, starke Kontrolle ausübenden, Beziehungsmuster korrespondieren auf der Seite der Betroffenen mit Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung oder der Etikettierung zum Außenseiter [LENZ 1990].

1.4.2 Zwangseinweisung und Region

Datenauswertungen zum Umgang mit Zwangseinweisungen verweisen darauf, dass diese im Anschluss an die Psychiatriereform trotz des Ausbaus ambulanter Dienste zahlenmäßig nicht abgenommen haben [BRUNS 1993]. Im Zusammenhang unserer Untersuchung interessieren hierbei wesentlich die festgestellten regionalen Unterschiede. So zeigt BRUNS im Hinblick auf die alten Bundesländer auf, dass die süd- und südwestdeutschen Bundesländer eine niedrigere Zwangseinweisungsrate aufweisen, als etwa die west- und norddeutschen Bundesländer. Begründet wird dies speziell für den für uns relevanten Bereich von Baden-Württemberg mit besonderen Komponenten in der Versorgungsstruktur.

Da die ambulante Betreuung der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht mit den Aufgaben von Unterbringung und Einweisung gekoppelt ist, sie auch wesentlich in freier Trägerschaft erbracht wird, erscheinen BRUNS zufolge Möglichkeiten autoritärer Eingriffe abgemildeter. Darüber hinaus weisen die Unterbringungsgesetze der süd- und südwestdeutschen Bundesländer andere Vorgaben auf, als etwa die »reformierten« Psychisch-Kranken-Gesetze west- und norddeutscher Provenienz: »Der Anwendungsbereich der Unterbringungsgesetze ist enger gefasst und schärfer begrenzt als derjenige der Psychisch-Kranken-Gesetze. Diese haben den Unterbringungsgrund ›Gefahr‹ erweitert um den Grund ›Verwahrlosung‹; jedoch bleibt ›Verwahrlosung‹ in den Gesetzen undefiniert, hat auch als Begriff in der einschlägigen Rechtsprechung bei weitem nicht den Grad von Bearbeitung erfahren, wie der Begriff der ›Gefahr‹. Subjektive Beurteilungskriterien der jeweils beteiligten Polizisten, Richter und Ärzte erhalten damit ein höheres Gewicht.« [BRUNS 1993, S. 89]

Diese Spezifik scheint in Baden-Württemberg mit dazu beizutragen, dass Zwangseinweisungen in geringerer Anzahl verzeichnet werden als etwa in anderen Bundesländern. Darüber hinaus mag der konstatierte, historisch liberalere Umgang mit psychisch Kranken in Baden [vgl. BRUNS 1993] hier nachwirken. Neben diesen Differenzen auf der Ebene der alten Bundesländer zeichnet sich nun weiterhin eine regionale Binnendifferenzierung ab; so weisen Großstädte eine höhere Zwangseinweisungsrate auf als etwa ländliche Räume. Die größere Anzahl der Zwangseinweisungen im großstädtischen Bereich wird von BRUNS dahingehend interpretiert, dass hier anomische Strukturen des Wohnumfeldes stärker wirken als etwa in Kleinstädten oder auch ländlichen Regionen. Die stabilen Inzidenzraten für psychische Erkrankungen in so genannten sozial belasteten Wohngebieten [WEYERER u. a. 1987] scheinen diese Annahme zu bestätigen.

Auf die insgesamt höhere Anzahl psychisch Kranker im Verhältnis zur Gesamtpopulation

in der Großstadt verweisen die epidemiologischen Studien, und auch in unserer Untersuchung zeichnete sich ein derartiger Effekt ab. Diese Ergebnisse könnten als Indiz für die Gültigkeit der Urbanitätshypothese psychischer Krankheit interpretiert werden, der zufolge urbane Lebensformen psychische Erkrankungen begünstigen. Auch der Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung [BUNDESMINISTERIUM 1988] geht im großstädtischen Bereich von einem höheren Versorgungsbedarf für psychisch Kranke aus, als etwa in ländlichen Räumen.

Nun werden von BRUNS gerade die im Zuge der Reformära entstandenen, dichten Versorgungsstrukturen in Städten auch als Basis verstärkter Kontrollmaßnahmen und Zwangseinweisungen diskutiert. So wird zwar die Anonymität der Stadt für die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen herangeführt, doch »für das Stadt-Land-Gefälle (dürfte) aber auch die Tatsache bedeutungsvoll sein, daß professionelle psychiatrische Hilfe in der Stadt leichter, schneller und anonymer verfügbar ist als auf dem Lande« [BRUNS 1993, S. 107]. Fasst man die verschiedenen Faktoren, die BRUNS zufolge einen Schutz vor Zwangseinweisung bieten, zusammen, so sind diese einerseits »überschaubare und vergleichsweise intakte Sozialbeziehungen in kleinstädtisch-ländlichen Gebieten«, die »eine unspezifische protektive Wirkung gegenüber psychiatrischer Zwangseinweisung« [a. a. O., S. 106] entfalten, sowie andererseits Regionen mit wenig verdichteten ambulanten Versorgungsstrukturen. In dieser Perspektive wird die Reform nicht etwa aufgrund mangelnder sozialpolitischer Steuerung angeprangert, sondern das mit der Modernisierung herausgebildete Netz ambulanter Hilfen als »aussondernde« Institution thematisiert. »Die Zunahme von Zwangseinweisungen parallel zur Verdichtung der ambulanten psychiatrischen Versorgung lässt sich als Hinweis darauf auffassen, dass bei psychiatrischen Krisen von Professionellen der Modus der Aussonderung eines Betroffenen aus seinem sozialen Bezugsrahmen bevorzugt gewählt wird. Wo psychiatrisch-professionelle Eingriffsmöglichkeiten nur begrenzt zur Verfügung stehen, werden verstärkt andere Bewältigungsmodi als die Aussonderung herangezogen.« [a. a. O., S. 87] Die Annahme institutioneninduzierter Einweisungspraxis, resultierend aus lokaler Präsenz, wird auch in folgendem Zitat deutlich, »daß eine psychiatrische Klinik vor Ort in der Gemeinde die Neigung (wachsen lässt), die Lösung aller möglichen Probleme, sofern sie sich nur irgendwie psychiatrisch definieren läßt, ins Krankenhaus zu verlagern« [CREFELD 1986, S. 74]. Überhaupt scheint »die Zahl der psychiatrisch definierbaren Probleme in einer Großstadt fast unbegrenzt« [a. a. O., S. 74] zu sein. Während in den Annahmen zur Inanspruchnahme institutioneller Hilfen in regionalen Zusammenhängen vor allem die Präsenz vor Ort – im negativen wie im positiven Sinne – als wesentlicher Faktor betrachtet wird, erscheinen die regionalen sozialkulturellen Muster im Umgang mit institutionellen Hilfen eher als marginal. Wir nehmen demgegenüber an, dass sich auch hier regionale Alltagspraxis abbildet, die nur dadurch rekonstruierbar wird, wenn die regionalen Besonderheiten qualitativ bestimmt und Regionen in ihren konstituierenden Dimensionen analysiert werden.

1.5 Region und Regionalität als konstituierende Dimension

In regionalwissenschaftlichen Analysen wird mit dem Begriff der Region im Allgemeinen »eine Gesamtheit (inhaltlich) ähnlicher oder gleicher Entitäten bezeichnet, welche ihrer Beschaffenheit nach zu einem Gebiet zusammengeschlossen sind. Wird der Begriff ›Region‹ räumlich geografisch verwandt, so wird diese Beschaffenheit durch ein bestimmtes Kriterium (oder meist: ein Kriterienbündel) bestimmt, die das gemeinte Gebiet gegenüber seiner Umgebung (oder auch anderen Gebieten) abgrenzen oder unterscheidbar machen. Die ländliche Region ist hierbei lediglich eine Erscheinungsweise unter anderen Regionsvarianten« [GÄNGLER 1993, S. 213].

Im Rahmen unseres Untersuchungsgegenstandes versuchten wir nun, die Spezifik von ländlichen und städtischen Regionen zu fassen. In den quantitativen Verfahren zur Bestimmung ländlicher Regionen wird mit einer Vielzahl von Indikatoren versucht, Abgrenzungskriterien zu anderen Regionaltypen herauszuarbeiten: z. B. Siedlungsgröße, Agrarquote, ökonomische und soziale Infrastruktur. Dies erweist sich jedoch als in hohem Maße kompliziert, weil sich ländliche Regionen z. B. nicht mehr nur über die Agrarquote definieren lassen, sondern häufig ökonomische Mischungen aus industriellen, agrarischen oder auch touristischen Elementen aufweisen. »Man weicht deshalb auf Begriffe wie ›Verdichtungsraum‹ und ›Entleerungsraum‹ aus. Dabei gewinnt der Grad der Bevölkerungsagglomeration vorrangige Bedeutung. Land kann in einer modernen Industriegesellschaft auch nicht mehr einfach mit landwirtschaftlichem Siedlungsraum identifiziert werden. Im ländlichen Raum entstehen moderne Agrarräume, Erholungs- und andere Funktionsräume, die strukturell so verschieden sind, daß von einer einheitlichen Gebietskategorie ›ländlich‹ keine Rede mehr sein kann.« [PLANCK, ZICHE 1979, S. 28]

Herausgebildet haben sich in der Raumordnungsdiskussion zwei Abgrenzungsdimensionen, einerseits eine siedlungsstrukturelle Typologie, die Merkmale wie Verdichtung und Entleerung zum Inhalt hat, sowie andererseits eine wirtschaftsstrukturelle Typologie. In siedlungsstruktureller Typologie werden z. B. ländliche Räume als »ballungsgebietsabgewandte« Räume begriffen, in Abgrenzung zu den großstädtischen Ballungsgebieten oder auch den ländlichen Regionen mit Verdichtungsansatz [vgl. GATZWEILER 1986]. Im Hinblick auf die Versorgungsgebiete der Sozialpsychiatrischen Dienste orientierten wir uns ebenfalls an dem Grad der Bevölkerungsagglomeration. Wir bildeten dabei drei Regionentypen, die sich zum einen auf die großstädtische Region bezogen, zum zweiten auf Versorgungsgebiete in räumlicher Nähe zu Ballungsgebieten, und drittens auf ländliche, ballungsgebietsabgewandte Räume.

In sozialwissenschaftlicher Bestimmung von Regionaltypen reicht diese Abgrenzung jedoch nicht aus, sondern im Kontext sozialer Arbeit zielt die Erfassung der Regionaltypen auf die Bestimmung regionalen Sozialgeschehens und spezifischer alltäglicher Lebensformen innerhalb dieser Regionen. Wir verknüpfen daher die Dimensionen Regionalität und Alltag, d. h. die Sinn- und Relevanzstrukturen alltäglichen Handelns müssen regional-spezifisch erklärbar und die Historizität dieses Handelns auf regionale Entwicklungen beziehbar sein. Diese Dimensionen werden vor allem in dem Zweig der volkskundlichen Forschung thematisiert, der die Frage nach der Eigenständigkeit regionaler Entwicklungen stellt. Wir gehen, diesen Ansätzen entsprechend, von der Eigenart ländlicher und städtischer Regionen aus. Wir orientieren uns dabei nicht an dem Modernitätsmuster, welches

das Stadt-Land-Verhältnis dahingehend interpretiert, dass ländliche Sozialentwicklungen in durchschnittliche urban-industrielle Sozialniveaus übergehen. Nicht nur, dass die lineare Struktur dieses Modells vor dem Hintergrund der Krise eines wissenschaftlich-technischen Fortschrittsmodells als obsolet erscheint, wird es darüber hinaus auch den strukturellen Eigenarten ländlicher Sozialwelten nicht gerecht, da diese lediglich im Verhältnis ihrer industriellen Überformung interessieren.

Volkskundliche Studien belegen jedoch, dass die moderne Sozialwelt des ländlichen Raumes trotz urban-industrieller Einflüsse nicht in der urban-industriellen Modernisierung aufgegangen ist, sondern sich regionale Besonderheiten in Sinnbezügen und kommunikativer Praxis des Alltagshandelns durchaus zeigen und auf den »Eigensinn ländlicher Sozialwelten« [LIEN, JEGGLE 1978; DORNHEIM 1983] verweisen.

Kulturelle Strukturen und Kontexte werden hier u. a. vor dem Hintergrund landwirtschaftlicher Ökonomie analysiert. Dabei werden drei Konstanten benannt, die das dörfliche Leben bestimmen: der Besitz von Grund und Boden, das Haus als integrierter Wohn- und Arbeitsort sowie die verfügbare Arbeitskraft der Familienmitglieder. Diese Konstanten wirkten auf die Welt der Normen und Werte des ländlichen Alltags, stellten grundlegende Wertehorizonte dar, die ihren Ausdruck sowohl in zentralen Bedeutungen von Arbeit und Arbeitsvermögen fanden als auch ein spezifisches Verhältnis zu Besitz und Sachgütern hervorbrachten. Die durch soziale Nähe geprägte Form dörflicher Kommunikation konnte dabei sowohl Überschaubarkeit dörflicher Sozialwelten und soziale Geborgenheit als auch als besondere Ausprägung sozialer Kontrolle erlebt werden. Diese kulturellen Muster wurden zwar im Prozess der Modernisierung des ländlichen Raums überformt, auch wurde ihnen mit dem Rückgang landwirtschaftlicher Ökonomien die materielle Basis entzogen – nach wie vor, so die Ergebnisse der Volkskunde, steuern sie jedoch soziales Verhalten im dörflichen Alltag und gehen in moralische Bewertungen ein [LIEN, JEGGLE 1978; KASCHUBA, LIPP 1980; DORNHEIM 1983].

Die in der Volkskunde herausgearbeitete These des Amalgams von Tradition und Moderne [LIEN] ländlicher Sozialwelten, die Mischung aus modernen und traditionellen Verhaltenselementen und Kulturmustern führt nun tendenziell zur Inkonsistenz der Wert- und Sinnstrukturen und damit auch zu spezifischen Spannungsverhältnissen. Inkonsistenz kultureller Orientierungen und sozialer Kommunikation im dörflichen Alltag werden einerseits deutlich, wie auch das Zurückdrängen der dörflichen Merkmale wie »Überschaubarkeit, Integration und Identifikation« [HACKSTÄTTE, VATHAUER 1985]. Mechanismen sozialer Kontrolle scheinen sich jedoch in hohem Maße erhalten zu haben. Die Spannungsfelder von Tradition und Moderne werden in diesen Untersuchungen deutlich, und sie vermitteln darüber hinaus historisch plausibel die Eigenständigkeit dörflicher Lebenswelten. Im Rahmen der New Urban Sociology [PICKVANCE 1976; KRÄMER, NEEF 1985] wird die Stadt anderer- und ihrerseits definiert »als Ort der kollektiven Konsumtion. Im Zentrum stehen Prozesse der Vergesellschaftung der Reproduktion der Arbeitskraft und die Auseinandersetzung um Qualität und Formen kollektiver Konsumtion. Gegenstand sind damit alle Formen wohlfahrtsstaatlicher Politik, soweit sie nicht als individuelle Transferleistungen auftreten, sondern öffentlich bzw. kollektiv gewährleistet werden. Diese Form der Konsumtion gilt als typisch städtisch, oder anders formuliert: Die kollektive Form macht das Städtische aus. Dabei gibt es natürlich unterschiedliche Interessen verschiedener Klassen oder Gruppen, aber theoretisch wird dabei auch ein Subjekt unterstellt, das

sich aus städtischen Lebensstilen und Bedarfslagen konstituiert.« [HÄUßERMANN, SIEBEL 1988, S. 87]

Für die theoretische Unterfütterung räumlicher Konstitution von Sozialverhalten reichen jedoch weder das »Amalgam von Tradition und Moderne« in dörflichen Sozialwelten noch die »kollektive Konsumtion« städtischer Bewohner aus, um die regionalen Sozialmuster in ihrer heutigen Wirkung zu erklären. So ist davon auszugehen, dass Dörfer »heute stärker in ihrer regionalen Umwelt geprägt (sind) und in ihren sozialen Problemen regional vermittelt (z. B. räumliche Trennung von Wohnung und Arbeitsplatz, Neubaugebiete, regionalpolitisch induzierte Funktionsgewinne bzw. Funktionsverluste), die dörfliche Reproduktion läuft nur noch teilweise über dorffimmanente Strukturen« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 118]. In Prozessen der Regionalisierung drückt sich die Modernisierung ländlicher Räume aus. Die strukturelle Eigenart städtischer und ländlicher Sozialwelten lässt sich mit dem Modernitätsparadigma, demnach das Stadt-Land-Verhältnis dadurch bestimmt ist, dass die ländliche Sozialentwicklung sukzessive in urban-industrielle Sozialniveaus übergeht, nicht erklären. Die volkskundliche Forschung hat ja aufgezeigt, dass trotz Modernität ländliche Sozialmuster zu wirken scheinen, dass sich regionale Entwicklungsprozesse im Spannungsfeld von Dörflichem und Urbanem abzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklungen ländlicher Regionen zwar maßgeblich von der urbanen Stadt-Land-Entwicklung beeinflusst wurden, jedoch nicht in ihr aufgehen. In empirischen Untersuchungen zum Stadt-Land-Verhältnis wird angesichts fortschreitender Verdichtung von großstädtischen Ballungsräumen das Verhältnis städtischer und ländlicher Entwicklungen mit dem Paradigma »Ballung – Ausdünnung« und »Verdichtung – Entleerung« beschrieben [MEIER-DALLACH u. a. 1982; SCHMALS, VOIGT 1986]. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchungen wurde in sozialpädagogischer Regionalforschung an Urbanisierungsdiskussionen angeknüpft, die Raum und Regionalität im Kontext des Stadt-Land-Verhältnisses als Ballungs- und Entleerungsverhältnis analysieren und auf die wir uns in unserem theoretischen Bezugsrahmen ebenfalls beziehen. Grundannahme ist dabei, dass in den Städten ökonomische, soziale und kulturelle Inhalte räumlich aufeinander prallen und – bevor sie zum Ausbruch kommen – befriedet werden müssen [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 115].

In dieser urbanen Dialektik von Konfrontation und Befriedung entstehen »typische Institutionen und Öffentlichkeiten, in denen die ökonomischen, sozialen und kulturellen Widersprüche historisch neu vermittelt und so urban vergesellschaftet werden« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 115]. In städtischen Institutionen der Sozialpolitik und Sozialarbeit ist diese Dialektik von Konflikt und Befriedung aufgehoben. »Soziale Konflikte und ihre psychosozialen Korrelate sind hier – in der Definition sozialer Probleme und Lebensschwierigkeiten mediatisiert – politisch und therapeutisch handhabbar, verwaltbar und bearbeitbar gemacht« [GÄNGLER 1993, S. 225]. Die größere Akzeptanz und Inanspruchnahme institutioneller Hilfen in städtischen Regionen resultieren somit aus der Mediatisierung und Vermittlung alltäglicher Lebensschwierigkeiten. »Die sozialräumliche Dialektik des städtischen Raums als Dialektik von Konfrontation und Befriedung mediatisiert/vermittelt, also das urbane Sozialverhalten, das urban-räumliche wird zum signifikanten Kontext der Lebensbewältigung« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 115]. Die institutionelle und öffentliche Mediatisierung des Lebensalltags ist ein Merkmal städtischer Lebensformen, die in ländlichen Regionen traditionell keine Entsprechung hat. Aus diesem Grund scheinen

auch die urban bestimmten sozialen Hilfen und Wohlfahrtsniveaus in ländlichen Regionen, wie wir am Beispiel der Kontaktstellen für psychisch Kranke gesehen haben, auf mangelnde Akzeptanz zu stoßen.

1.5.1 Die Mediatisierung des Alltags

Die in urbanen Zusammenhängen entwickelten Institutionen sozialer Hilfen sind zwar in ländliche Regionen übertragen worden, jedoch eine Vermittlung hin zu den jeweiligen Sozialstrukturen erfolgte nicht. Der Orientierung an dem »urbanen Typ der Sozialintervention« fehlen »die soziokulturellen Voraussetzungen« [GÄNGLER 1993] auf dem Land. Das heißt auch, dass die institutionellen Muster der Bewältigung von Lebensschwierigkeiten weit weniger in den Alltag eingedrungen sind, als etwa im städtischen Bereich. Zurückzuführen ist das auf den Umstand, dass sich hier entsprechende Strukturen von Konfrontation und Befriedung nicht entwickelt haben: »Ökonomische, soziale und kulturelle Widersprüche wie sie im Zug der urban-industriellen Entwicklung unserer Gesellschaft genauso in ländlichen Räumen aufzufinden sind, können nur teilweise über die zentral gesteuerten Institutionen aufgenommen werden, finden nicht die dem Land angemessenen Strukturen, Öffentlichkeiten, sozialen Bewegungen und institutionellen Integrationsformen, in denen sie aufgehen können. In ländlichen Räumen scheint ein nicht vermitteltes ›Nebeneinander‹ von Konflikten und Widersprüchen zu herrschen, welches durch die Institutionen nur teilweise überbrückt wird, aber sonst jenseits der Institutionen im Alltag befriedet werden muß.« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 23]

Das heißt, dass wir davon ausgehen können, dass »spezifische Formen der institutionellen Problemwahrnehmung sowie Strukturen der Vermittlung von Anspruch und Leistung« [GÄNGLER 1993, S. 225] im städtischen Bereich veralltäglicht sind, und dass hier sowohl die Artikulation von Lebensschwierigkeiten als auch die Inanspruchnahme von sozialen Diensten weitaus selbstverständlicher erfolgt als etwa in ländlichen Regionen. Dadurch, dass in städtischen Öffentlichkeiten Widersprüche, Interessen und Bedürfnisse mediatisiert werden, von dem privaten Bereich hin in den öffentlichen Bereich vermittelt werden und somit eine andere, öffentlich bedeutsame Qualität erlangen, entstehen auch zentrale Bedingungen für die öffentliche Auseinandersetzung von »Normalität« und »Abweichung«, können sich Spielräume für Individuierung und soziale Differenzierung in anderer Form herausbilden, als etwa in der Alltagswelt ländlicher Räume.

Es ist ein Kennzeichen dörflicher Öffentlichkeit, dass die Trennung zwischen privat und öffentlich fehlt. »Dorföffentlichkeit und Alltagswelt des Dorfes sind ineinander vermischt, gehen ineinander über« [BÖHNISCH 1992 a, S. 139] und korrespondieren mit Formen von Ausgrenzung und Integration. »Dörfliche Kommunikationsmuster basieren auf Personenbezogenheit, Überschaubarkeit und Gegenseitigkeit und transformieren sich in Mustern sozialer Kontrolle, die informell auf Standards von Normalität und Abweichung wirken. Aufgrund fehlender intermediärer Strukturen in der dörflichen Alltagswelt wird der Alltag zur »zentralen Größe in den Konstellationen von sozialer Konfrontation und Befriedung« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 23].

Dieses nichtvermittelte Nebeneinander von Konflikten und Widersprüchen wird sich, so nehmen wir an, auch wiederfinden in der Mischung von traditionellen und modernen Mustern zur Individuierung, zu sozialen Problemen und sozialen Hilfen, zu dem Verhältnis von »Normalität« und »Abweichung«. Die Operationalisierung und empirische Er-

schließung unserer Fragestellung wird sich auf Fragen nach den regionalen Umgangsweisen mit sozialen Problemen und sozialer Hilfe beziehen. Wichtige Aspekte sind dabei die Deutungen und kulturellen regionalen Konnotationen im Zusammenhang mit abweichendem Verhalten, sozialen Problemen und institutioneller Hilfe.

2 Ziele und Anlage der Untersuchung

Wie bisher dargestellt, wurde im Zuge der Psychiatriereform die psychiatrische Versorgung regionalisiert: Speziell wurde die Betreuung und Begleitung der Langzeitklienten von der psychiatrischen Klinik in die Gemeinden verlagert. Die lokalen Bedingungen neuer Betreuungsangebote wie die der Sozialpsychiatrischen Dienste, ihre Abhängigkeit von diesen lokalen Bedingungen, sind jedoch eine vernachlässigte Fragestellung innerhalb des Modernisierungsprozesses der Versorgung, und dort, wo sie ansatzweise ins Blickfeld geraten, werden sie aus urbaner Perspektive heraus thematisiert.

Die vorliegende Untersuchung versteht sich demgegenüber als eine regionalspezifisch orientierte Forschungsrichtung: als Rekonstruktion regionaler Lebenswelten und Lebenslagen. Empirische Zugänge werden dabei auf zwei Ebenen gesucht. Zum einen durch die regionalspezifische Auswertung aggregierter Daten der Klienten Sozialpsychiatrischer Dienste. Diese Daten dienen uns als soziale Indikatoren der konkreten Lebensverhältnisse der Betroffenen, die wir beschreiben und analysieren wollen. In den Lebensverhältnissen spiegeln sich die individuellen Lebenssituationen der psychisch Kranken, induziert durch die Modernisierung psychiatrischer Versorgung, wider.

Als theoretisches Konzept dient uns dabei das Konstrukt der Lebenslage. Als sozialstrukturelle Kategorie verweist sie auf die materiellen Lebensbedingungen und die daraus erwachsenden Perspektiven und Möglichkeiten der Bewältigung von Lebensschwierigkeiten. Dazu gehört auch die sozialpolitische Anerkennung von Lebensschwierigkeiten, ihre Leugnung, Privatisierung oder auch Verdeckung im regionalen Kontext [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989; STAUBER 1996].

Mit dem Konzept der Lebenslage versuchen wir, die objektiven Lebensbedingungen in den Regionen nachzuzeichnen und Entwicklungshorizonte der Betroffenen zu rekonstruieren. Analog zu BÖHNISCH verstehen wir dabei Lebenslagen als »sozialpolitisch beeinflusste Lebensverhältnisse (Einkommen, Bildung, Gesundheit, Wohnen) und Handhabungsspielräume (Mitbestimmung, Freizeit), die den Menschen Lebensperspektive und Interessenentfaltung ermöglichen« [BÖHNISCH 1982, S. 164]. In diesem Sinne sind Lebenslagen »sozialstaatlich vermittelte Zuschnitte von Chancen, Belastungen und Ressourcen« [BÖHNISCH 1992 b, S. 90]. Wir gehen dabei davon aus, dass die Prozesse der Rehabilitation und Integration gerade dieser Betroffenen, deren Lebensführung durch biografische Verwerfungen und die Erodierung des Alltags schwierig geworden ist, in besonderem Maße von der Gestaltung und Entwicklung sozialer Zusammenhänge abhängen.

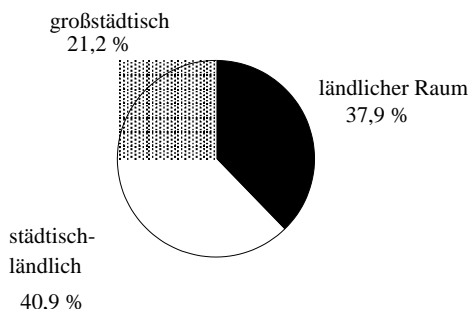
Dieser quantitative Teil der Untersuchung wird ergänzt durch eine zweite Forschungsmethode, die sich an qualitativer Methodik orientiert und Zugang zu regionalem Alltag und den Lebenswelten der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes verschaffen soll. Da wir davon ausgehen konnten, dass ein Zugang zu Betroffenen nur dann möglich ist, wenn im Vorfeld der Exploration ein Prozess des Vertrauens hergestellt werden kann, der jedoch zeitlich kaum kalkulierbar erschien und darüber hinaus krankheitsbedingt Schwierigkeiten bei der Kontaktherstellung entstehen würden, entschieden wir uns für eine Expertenbefragung.

2.1 Dimensionen der Operationalisierung: Regionale Kategorien

Bei den regionalen Klassifizierungen versuchten wir, die üblichen Stadt/Land-Dichotomien zu vermeiden [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989]. Wir orientierten uns an aktueller Raumordnungsdiskussion, in der sich zwei einvernehmlich bestehende Abgrenzungsebenen herausgebildet haben. Das ist einmal eine siedlungsstrukturelle Typologie, die Verhältnisse von Verdichtung und Entleerung der Räume zur Grundlage hat; die zweite Kategorie bezieht sich auf wirtschaftsstrukturelle Aspekte der Räume. Bei regionaler Klassifizierung der Dienste legten wir siedlungsstrukturelle Typologien zugrunde [vgl. GATZWEILER 1986]. Denen zufolge unterscheiden wir zwischen großstädtischen Ballungsgebieten sowie Regionen in Nähe zu Ballungsgebieten und ballungsgebietsabgewandten ländlichen Räumen.

Dabei differenzieren wir nach drei Merkmalausprägungen: Dienste, deren Versorgungsgebiet sich ausschließlich auf Stadtkreise mit mindestens 100.000 Einwohnern erstreckt, bildeten die Kategorie **großstädtische Dienste**. Das Versorgungsgebiet der übrigen Dienste umfasste jeweils sowohl Klein- und Mittelstädte als auch ländlich geprägte Regionen. Bei diesen Diensten unterschieden wir zwischen Versorgungsgebieten, die sich in räumlicher Nähe zu Ballungsgebieten befinden und denen, die sich auf ballungsgebietsabgewandte Regionen beziehen. Dienste, die in dünnbesiedelten, peripheren Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von 200 oder weniger Einwohnern pro Quadratkilometer arbeiten, wurden unter der Kategorie **ländlicher Raum** zusammengefasst. Als **städtisch-ländliche Dienste** wurden diejenigen Dienste gekennzeichnet, die in oder in räumlicher Nähe zu Ballungsgebieten liegen.

Bei Klassifikation der Dienste nach Etablierungsgrad bezeichneten wir solche Dienste, die seit vier Jahren und länger in der ambulanten Betreuung psychisch Kranker tätig waren, als **etablierte Dienste**. Diejenigen, die zwischen einem und drei Jahren bestanden, wurden als **Dienste in der Aufbauphase** zusammengefasst. Die dritte Gruppe setzte sich aus den Diensten zusammen, die im Berichtszeitraum ihre Arbeit aufnahmen: Sie bildeten die Gruppe **Dienste in der Anlaufphase**. Bei der Auswertung der Aggregatdaten zeigten sich vor allem signifikante Unterschiede zwischen den Regionalkategorien, vor allem zwischen dem ländlichen und dem großstädtischen Raum. Der städtisch-ländliche Raum nahm in seinen Ausprägungen meist eine Position zwischen beiden anderen Kategorien ein, jedoch mit höherer Affinität zum ländlichen Raum.



Grafik 1: Aufgliederung der Dienste nach Gebietsstruktur; N = 66

In die Datenerhebung gingen die aggregierten Daten der Klienten aller Sozialpsychiatrischen Dienste (N = 66) in Baden-Württemberg ein. Sie wurden über einen Zeitraum von drei Jahren erhoben. Anhand der Aufgliederung der Dienste nach Gebietsstruktur wird deutlich, dass die großstädtischen Dienste innerhalb der Regionalgruppen den geringsten Anteil ausmachen, während die Dienste mit Versorgungsgebieten im ländlichen Raum und die städtisch-ländlichen Dienste insgesamt überwiegen. Analog zu den Regionalklassifikationen wurden in insgesamt zwölf Sozialpsychiatrischen Diensten Expertenbefragungen durchgeführt. Diese Befragung sollte sicherstellen, dass alle Regionaltypen vertreten sind. In der Regel wurden die Kontakte zu den Diensten persönlich hergestellt, die jeweiligen Träger jedoch zuvor um Erlaubnis zur Durchführung der Erhebung gebeten. Alle von uns angesprochenen Dienste zeigten Interesse an dem Vorhaben und nahmen daher auch teil.

2.2 Regionales Wissen in den Institutionen

Bei den Expertenbefragungen gingen wir davon aus, dass die Mitarbeiter in den Sozialpsychiatrischen Diensten über Problemlagen ihrer Klienten gut informiert sind, darüber hinaus über ein regionales Wissen verfügen und durch ihre Arbeit Zugang zum ländlichen Alltag, der Lebenswelt der Klienten und den regionalspezifischen Umgangsweisen mit Lebensschwierigkeiten haben. Durch die sozialplanerische Komponente in ihrem Aufgabenprofil haben sie Kontakt zu den regionalen Öffentlichkeiten und sozialpolitischen Gremien und Instanzen, und können somit tendenziell auch Aussagen machen zur öffentlichen und institutionellen Problemdefinition der Lebensschwierigkeiten psychisch Kranker. Dimensionen der Operationalisierung bezogen sich hier auf das Alltagswissen der Mitarbeiter, das sich aus dem unmittelbaren Umgang mit den Adressaten der Hilfe ergibt, sowie einem alltagsbezogenen Wissen über die Region, in der sie tätig sind. Da die Arbeit der Dienste in starkem Maße auch aufsuchende Arbeit ist, werden sie, anders als z. B. ein Innendienst einer Verwaltung, auch immer wieder mit regionalem Alltag konfrontiert. Wir nehmen an, dass ihr regionales Wissen weit über institutionelle Zusammenhänge hinausreicht, jedoch im institutionellen Alltag herausfällt und dort nur teilweise genutzt wird. Des Weiteren vermuteten wir, dass insbesondere die kulturellen Konnotationen mit Hilfe und Institutionen der Hilfe sich durch Rückgriff auf das Alltagswissen der Experten erschließen lassen, auch als Stereotype, die das institutionelle Handeln steuern. Diese Dimensionen alltäglichen Wissens und regionalspezifischer Stereotype beeinflussen wiederum das Interventionshandeln der institutionellen Akteure. Es wird definiert als eine den Adressaten der Hilfe »zugeschriebene Handlungsfähigkeit« [BÖHNISCH u. a. 1988, S. 63]. Über die Rekonstruktion des Alltagswissens der Experten zu den Adressaten der Hilfe sowie der zugeschriebenen Handlungsfähigkeit erwarteten wir Aufschluss über regionalspezifische Bewältigungsformen von Lebensschwierigkeiten. Diese Dimensionen gingen in den für die Befragung entwickelten Leitfaden ein.

2.3 Methodisches Vorgehen

2.3.1 Erfassung der sozialstatistischen Daten

Die quantitativen Daten wurden über einen Zeitraum von drei Jahren hinweg erhoben, sodass nunmehr umfassende Aussagen zur sozialen Situation der betreuten Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste getroffen werden können. Insbesondere dadurch, dass in dieser Zeit alle Dienste ihre Daten dokumentierten und auch an der Auswertung teilnahmen, ergibt sich ein aussagekräftiges Bild über die Klientel und ihre Problemlagen. Die regionalspezifische Kategorisierung trägt dazu bei, dass bezogen auf ein Bundesland regionale Spezifika untersucht werden können. Unseres Wissens existiert eine solche Untersuchung bisher nicht.

2.3.2 Experteninterviews

Bei den Experteninterviews orientierten wir uns an dem qualitativen Verfahren des leitfadengestützten Interviews. Qualitative Sozialforschung unterscheidet sich in Abgrenzung zu anderen Untersuchungsmethoden dadurch, »daß die Annäherung an die soziale Realität mit Hilfe offener Verfahren erfolgt« [HOPF 1984, S.14]. Dieser offene Zugang zur sozialen Realität, ohne Zuhilfenahme von z. B. standardisierten Erhebungsinstrumenten, ist jedoch »nicht gleichzusetzen mit theoretischer Voraussetzungslosigkeit« [a. a. O., S. 15]. Die Offenheit wird in der Feldforschung auch mit »Fremdheit« assoziiert und bedeutet, dass mit dem Eintritt in eine andere Lebenswelt eine offene und vortastende Art methodisches Prinzip ist: »Fremdheit wird in der Feldforschung als *Conditio sine qua non* vorausgesetzt.« [LINDNER 1984, S. 59; vgl. auch GILDEMEISTER 1989, S. 98 f] Die schrittweise Annäherung an eine fremde Wirklichkeit und eine »Kommunikationsbeziehung mit dem Forschungssubjekt« [HOFFMANN-RIEM, 1980, S. 346] sind wesentliche Elemente qualitativer, interpretierender Forschungsansätze. Sie folgen damit einer anderen Logik als etwa Repräsentativerhebungen.

Für unseren Forschungsprozess gingen wir neben dem Prinzip der Offenheit und der Kommunikation ergänzend auch von dem Prinzip der Reflexivität aus. Das heißt, dass im Prozess der Auswertung unsere Vorannahmen als Basis interpretativer Vorgehensweise Erweiterung und Korrektur erfuhren. Wir verstanden die Expertenbefragung insgesamt als einen kommunikativen Prozess, in dem wir versuchten, den regionalen Kontext der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den Mitarbeitern gemeinsam zu rekonstruieren und darüber hinaus Informationen über die Lebenslagen und den regionalen Alltag ihrer Klienten zu erhalten. Methodisch entschieden wir uns bei der Durchführung der Interviews für eine leitfadengestützte Befragung, um sicher zu sein, bei allen Diensten den gleichen Themen nachzugehen und in der anschließenden Auswertung Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dieser Leitfaden diente uns als Stütze, sollte jedoch nicht »bürokratisch« abgehakt werden. Dabei ging es uns auch darum, dass von den Mitarbeitern Themenbereiche, die ihnen wichtig erschienen, ebenfalls eingebracht werden konnten.

Bei der Operationalisierung kam es uns darauf an, institutionelles Alltagswissen und Alltagswissen über regionale Spezifika mit Hilfe von Fragegruppen zu rekonstruieren. Diese bezogen sich auf ihren Arbeitsalltag, ihre Formen der Kontaktaufnahme zu den Klienten und ihrer Beratung und Begleitung, auf Erfahrungen und Erlebnisse in der Be-

betreuung psychisch Kranker aus regionalspezifischer Sicht: auch Stereotype als ländliche und städtische Umgangsweisen mit Lebensschwierigkeiten und kulturelle Konnotationen und Deutungen im Umgang mit institutioneller Hilfe. Des Weiteren fragten wir nach den Erfahrungen mit Unterstützungssystemen durch Familie oder auch Netzwerke, sowie der Integration der Betroffenen in gemeindlichen Gesellungsformen (z. B. Vereine). Abschließend sollten aus Sicht der Dienste Vorstellungen entwickelt werden, welche Weiterentwicklungen sie im Hilfesystem für notwendig erachten.

Mit diesem empirischen Zugang wollten wir sowohl einerseits die institutionellen Muster der Wahrnehmung und Definition von psychischen Störungen und die damit in Zusammenhang stehende Interaktion zwischen Diensten und Betroffenen regionalspezifisch erschließen als auch andererseits regionales Wissen der institutionellen Akteure rekonstruieren. Insgesamt erhoffen wir, dass dadurch sozialräumliche Zusammenhänge der ambulanten Betreuung psychisch Kranker verdeutlicht werden und wir dazu beitragen, dass Regionalisierung der Versorgung psychisch Kranker nicht nur als Dezentralisierung urbaner Konzepte begriffen wird.

Der Leitfaden grupperte sich um folgende Themen:

- Wie sieht der Arbeitsalltag in den Diensten aus? – Vermittlung, Beratung, Kontrolle
- Erfahrungen und Erlebnisse in der Betreuung psychisch Kranker aus regionalspezifischer Sicht; u. a. auch die Frage, ob es Erfahrungen gibt, die als typisch ländlich respektive als typisch städtisch konstatiert wurden.
- Einschätzungen der Umgangsformen mit sozialen Problemlagen im Vergleich von Stadt und Land.
- Einschätzung der Unterstützungssysteme: Familie, Dorf, Gemeinde, Vereine.
- Einschätzung spezifischer ländlicher/städtischer Vorgaben und Ressourcen in den Bereichen: medizinische/pflegerische Versorgung, Möglichkeiten der persönlichen und beruflichen Integration.
- Einschätzung und Vorstellungen der Entwicklung einer bedarfs- und problemgerechten Betreuung psychisch Kranker im städtischen/ländlichen Raum.

Dieser Leitfaden wurde als Strukturierung für alle Interviews verwendet. Allerdings wurde auch darauf geachtet, dass weitere Gesichtspunkte, die in den Diensten als wichtig erschienen, ebenfalls eingebracht werden konnten.

3 Untersuchungsergebnisse

3.1 Methodische Hinweise

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Untersuchung dargestellt. Die quantitativen Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg aus den Jahren 1988, 1990 und 1991 sowie einer getrennt davon erfolgten Auswertung aller Dienste eines speziellen Stadtkreises, die uns freundlicherweise überlassen wurde. Die Dokumentationen wurden jeweils für ein Berichtsjahr von uns ausgewertet. Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 1991. Die Dokumentationen umfassen sowohl klientenspezifische als auch dienstbezogene Daten.

Zu den statistischen Daten wurden von den Diensten in einem so genannten »Prosateil« Erfahrungen zu vorgegebenen Themen in einem Textteil wiedergegeben. Die Dokumentation wurde von einem Arbeitskreis, bestehend aus Vertretern des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, des Landkreistages, des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V., der psychiatrischen Landeskrankenhäuser und des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim entwickelt. Die Teilnahme der Dienste erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Auswertung und Begleitung dieses Prozesses erfolgten über drei Jahre durch uns.

Die regionalen Auswertungskategorien wurden ebenfalls von uns entwickelt. Die Auswertung wurde von einem Beirat begleitet, gemeinsam mit ihm und in Rückkoppelung mit den Diensten wurden die Kriterien der Auswertung erörtert, fachlich und wissenschaftlich begründet. In dem ersten Berichtsjahr wurden vor allem auch Fehlerquellen in der Erfassung aufgespürt, und durch fachlichen Austausch mit den Diensten dazu beigetragen, eine möglichst große Grundgesamtheit in der Datenbasis zu sichern, um zu validen Aussagen kommen zu können.

Während die statistische Basis in den drei Jahren erheblich verbessert werden konnte und in hohem Maße aussagefähig wurde, steckte der »Prosateil« voller Tücken. Zum einen zeigte sich, dass die Dienste hier sehr unterschiedlich verfahren; so berichteten einige Dienste sehr ausführlich, andere beließen es bei der summarischen Aufzählung von Tätigkeiten, sodass kaum Vergleichbarkeit herzustellen war. Zum anderen zeigte sich, dass um Begriffe wie z. B. Krise und Krisenintervention sich derartig unterschiedliche Interpretationen rankten, dass auch hier kaum Vergleiche stattfinden konnten. Eine Ausnahme bildet die Extraauswertung der Dienste der Großstadt X, die detailreich ihre Arbeit darstellten. Daran zeigte sich, dass eine inhaltliche Abstimmung für den Prosateil auf Stadtkreisebene noch gelingt, jedoch auf Landesebene kaum möglich ist, bzw. eines erheblichen Zeitaufwandes bedarf, um akzeptable Ergebnisse erzielen zu können. Aus diesen Gründen wird der Textteil in dieser Arbeit bis auf den des einen Stadtkreises hier auch

nicht einfließen. Aus Datenschutzgründen wird der Ort nicht benannt. Da die Auswertung zu dem damaligen Zeitpunkt nicht vertiefend erfolgen konnte, sondern lediglich Basisinformationen enthält, soll hiermit eine vertiefende Interpretation dargelegt werden, die insbesondere die regionalen Spezifika analysiert und darstellt.

3.1.1 Hinweise zur statistischen Auswertung

1. Insgesamt lagen 68 Dokumentationsbögen zur Auswertung vor; damit beteiligten sich alle Dienste in Baden-Württemberg an der Erhebung. Bei zwei Dokumentationsbögen konnten jedoch die Fehlerquellen nicht behoben werden, sie wurden deshalb in der Auswertung nicht berücksichtigt. Somit liegen der Auswertung die Daten von 66 Diensten zugrunde.
2. Die erhobenen Daten wurden für jede Tabelle und Grafik auf Plausibilität überprüft und gingen im Zweifelsfall nicht in die jeweilige Berechnung mit ein. Hierdurch ergeben sich die teilweise unterschiedlichen N-Zahlen.
3. Bei den Prozentabrechnungen wurde ein Toleranzbereich zwischen 99,9 % und 100,1 % zugelassen.
4. Waren Mehrfachnennungen möglich, so wird in der entsprechenden Tabelle bzw. Grafik darauf verwiesen.
5. Die jeweils angegebenen N-Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Dienste, die der Berechnung zugrunde liegen. Die Anzahl der Gesamtbetreuungen bzw. der längerfristigen Kontakte, die die Grundlage für die jeweilige Auswertung bilden, wird in Klammern angegeben.
6. Da sich im Berichtsjahr 1991 nur noch zwei Dienste in der so genannten Anlaufphase befinden, ist eine gesonderte Darstellung dieser Untergruppe nicht möglich. Bei der Differenzierung der Dienste nach Etablierungsgrad wird daher nur zwischen »Diensten in der Aufbauphase« und »etablierten Diensten« unterschieden.

3.2 Institutionelle Rahmenbedingungen

3.2.1 Förderrichtlinien

In der Regel wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste auf der Ebene von Stadt- und Landkreisen eingerichtet. Die Personalbemessungsgrundlage bezog sich auf eine Fachkraftstelle pro 50.000 Einwohner. In einem Stadtkreis wurde die Bemessungsgrundlage günstiger gestaltet, hier wurden 20.000 Einwohner pro Fachkraftstelle zugrunde gelegt. Die Förderung erfolgt über eine Mischfinanzierung durch Zuschüsse der Krankenkassen, der Stadt- und Landkreise, des Landes sowie Eigenanteile des Trägers. Fachkräfte sollten in erster Linie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sein, je nach Aufgabenstellung auch Krankenpflegekräfte für Psychiatrie und Diplompsychologen. Die Dienste wurden nicht mit Aufgaben des Unterbringungsrechts und des Betreuungsrechts betraut. Zielgruppe sollte vor allem die Gruppe der chronisch psychisch Kranken sein.

Hier ein Auszug aus den Zuwendungsvoraussetzungen der Förderung:

»Zuwendungsvoraussetzungen zur Projektförderung

Aufgaben

Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste ist es, für einen bestimmten Einzugsbereich ambulante Leistungen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte anzubieten, deren Versorgungsbedürfnisse weder vom medizinischen Versorgungssystem noch von anderen sozialen Diensten allein ausreichend befriedigt werden können. Die Hilfeleistungen der sozialpsychiatrischen Dienste ergänzen die ärztlich-psychiatrische Behandlung. Die sozialpsychiatrischen Dienste leisten keine Suchtberatung für Suchtgefährdete und Suchtkranke. Sie erbringen auch keine Pflegeleistungen für Pflegebedürftige und keine Hilfeleistungen in betreuten Wohngemeinschaften.

Ziel der Dienste ist es,

- chronisch psychisch Kranken, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezifische Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen
- vorrangig den langfristig in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten psychisch Kranken die Entlassung zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle und Krankenhausaufenthalte zu verhüten.

Der sozialpsychiatrische Dienst betreut im Rahmen von Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention überwiegend chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte, die auf Grund der Art oder Länge der Erkrankung unter psychischen Behinderungen und sozialen Beeinträchtigungen leiden, und vermittelt ihnen soziale Hilfen. Psychisch Kranke mit leichten Störungen bedürfen in der Regel keiner Betreuung durch den sozialpsychiatrischen Dienst. Personen mit allgemeinen Befindlichkeitsstörungen zählen nicht zur Klientel sozialpsychiatrischer Dienste. Zur Vorsorge zählt die möglichst frühzeitige angemessene Betreuung von Personen mit krankheitsbedingten psycho-sozialen Störungen, um stationäre Behandlungen zu verhüten oder aber rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Durch die Nachsorge sollen stationäre Aufenthalte verkürzt, Wiederaufnahmen verhütet oder als stationäre Krisenintervention genutzt werden. Ambulante Kriseninterventionen werden vorrangig bei bereits betreuten chronisch psychisch Kranken und seelisch Behinderten angezeigt sein.

Die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Diensten orientiert sich am Krankheitsbegriff. Diagnostik und Therapie finden im sozialpsychiatrischen Dienst jedoch nicht statt. Der sozialpsychiatrische Dienst hat deshalb – allgemein und bei Bedarf im Einzelfall – eng mit den niedergelassenen Haus- und Nervenärzten, den psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sowie den sonstigen psychiatrischen Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

Besteht im Gebiet der Stadt- und Landkreise ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung, die regionale stationäre psychiatrische Versorgung wahrnimmt, so muß eine enge Kooperation des sozialpsychiatrischen Dienstes mit diesem Krankenhaus erfolgen.

Die Verpflichtung eines auf Honorarbasis tätigen beratenden Arztes für Psychiatrie oder Nervenarztes ist fachlich empfehlenswert.

Im Regelfall soll der sozialpsychiatrische Dienst Patientenclubs, Tagesstätten, Angehörigengruppen und Laienhelfergruppen fachlich begleiten und diese Angebote im Einzugsbereich koordinieren. Dabei soll angestrebt werden, für die Dienste ehrenamtliche Helfer zu gewinnen. Der sozialpsychiatrische Dienst nimmt keine hoheitlichen Aufgaben des Pflsrechts, Vormundschaftsrechts und Unterbringungsrechts wahr.

Planung

Sozialpsychiatrische Dienste werden gefördert, wenn sie sich in eine Planung auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises einfügen und der Stadt- oder Landkreis auf freiwilliger Basis die Aufgaben der (Bedarfs-)Planung, Koordination und finanziellen Abwicklung wahrnimmt. In diesem Fall bildet der Stadt- oder Landkreis unter seinem Vorsitz einen Arbeitskreis, der ihn bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben berät. Dem Arbeitskreis sollen Vertreter der im Kreis tätigen Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Krankenkassen, des Staatlichen Gesundheitsamtes, der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser und anderer an der psychiatrischen Krankenversorgung beteiligter Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärzteschaft angehören.« [RICHTLINIEN 1986]

Die Ausstattung der Dienste erfolgte über diese Förderungsgrundlagen. Neben der fallbezogenen Arbeit sollten auch sozialplanerische Aktivitäten durch Mitarbeit in Arbeitskreisen auf Stadt- und Landkreisebene erfolgen. Mit den Richtlinien wurde versucht, die Arbeit dahingehend zu strukturieren, dass sich die Dienste in bestehende Versorgungsstrukturen »einklinken« sollten, ohne dass neue Angebote, wie z. B. Kontaktclubs oder Tagesstätten geschaffen werden sollten. Insgesamt zeigte sich, dass die Vorstellungen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes hier noch kaum Eingang fanden, entsprechende Empfehlungen wurden auf Landesebene erst nach unserer Untersuchung im Jahr 1994 verabschiedet.

3.2.2 Trägerschaft der Dienste

Die Aufschlüsselung nach Trägerschaft zeigt, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste sich überwiegend in freier Trägerschaft befinden. Auf Verbandsebene wird dies in der Regel mit der Einlösung des grundgesetzlich verankerten Subsidiaritätsprinzip in Zusammenhang gebracht, nachdem freien Trägern bei sozialen Aufgaben Vorrang vor staatlichen bzw. kommunalen Trägern einzuräumen sei.

Die 66 Dienste teilen sich nach Trägern wie folgt auf:

Tabelle 1: Träger; N = 66

Träger	Anzahl
Arbeiterwohlfahrt	5
Caritasverband	16
Diakonisches Werk	16
Caritas und Diakonie	6
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	6
Mehrere verschiedene Träger	5
Stadt-/Landkreis/Staatliches Gesundheitsamt	12

Freie Trägerschaft wird allgemein mit Merkmalen wie Entscheidungsfreudigkeit, Innovationsfähigkeit und Betroffenennähe in Zusammenhang gebracht [vgl. DANE, WAHNER 1992, S. 29]. Demgegenüber werden öffentliche Verwaltungen als bürokratische Organisationen analysiert, die »durch eine hochgradige Bindung der Bediensteten an Regeln bei

der Erfüllung von Aufgaben, rigide Hierarchien, vorgeschriebene Dienstwege und festumrissene Zuständigkeiten für jeden Bediensteten« [a. a. O., S. 29] gekennzeichnet sind. Diese idealtypischen Organisationsmerkmale korrespondieren auf der Handlungsebene mit Verwaltung und Kontrolle auffälligen Verhaltens versus Aktivierung von Selbsthilfe. Ähnliche Tendenzen in der Analyse von Trägern lassen sich auch bei BRUNS [1993] feststellen, der freie Trägerschaft bei den Sozialpsychiatrischen Diensten mit weniger staatlicher Kontrolle in Zusammenhang bringt. BONß u. a. [1985] gehen demgegenüber von einem komplementären Verhältnis von freier und staatlicher Trägerschaft aus, das unserer Meinung nach den Sachverhalt treffend analysiert: als Einbeziehung der Verbände in Versorgungskonzeptionen, ohne dass die staatlichen Hoheitsrechte dadurch in Frage gestellt würden, denn diese verbleiben bei den staatlichen Institutionen.

Bezogen auf die Handlungsmuster ambulanter sozialpsychiatrischer Arbeit im Vergleich zu staatlicher und freier Trägerschaft, kommen BONß u. a. am Beispiel der Berliner Dienste, die an die Bezirksgesundheitsämter angesiedelt sind, zu dem Ergebnis, dass sich hier nur »vereinzelt Momente einer von der Psychiatrieenquête intendierten sozialpsychiatrischen Arbeit durchgesetzt« [BONß u. a. 1985, S. 272] hätten. Demgegenüber konstatiert FLICK für die sozialpsychiatrische Beratung der Berliner Dienste eine institutionelle Umbruchsituation. »Wo früher Verwaltung auffälligen Verhaltens im Vorfeld und Nachgang zur psychiatrischen Klinik im Vordergrund (der) Aufgaben der damaligen ›Außenfürsorgestellen‹ stand, steht heute Beratung (als weiche Form sozialer Kontrolle) im Zentrum institutionellen Handelns der Sozialpsychiatrischen Dienste.« [FLICK 1989, S. 482] Zu freier Trägerschaft äußern sich BONß u. a.: »Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in freier Trägerschaft lassen sich zwei gegenläufige – wenn auch oft gemeinsam auftretende – Momente feststellen: zum einen ist es ihnen in einigen Fällen im Vergleich zu den anderen Institutionalisierungstypen am stärksten gelungen, die Reformelemente der Multiprofessionalität und des Stadtteilbezuges (Kontakte zum Initiativ- und Selbsthilfebereich) herzustellen. Gleichzeitig tendieren sie durch die fehlende Einbindung in das medizinisch psychiatrische System und die Pflichtaufgaben der Psychiatriegesetze einerseits und durch ihre Bindung an die Versorgungstraditionen, vor allem der großen konfessionellen Wohlfahrtsverbände, andererseits zunehmend zu einer Fürsorgepraxis hin, die sich in wichtigen Punkten von der administrativen Praxis unterscheidet.« [BONß u. a. 1985, S. 272] Den größten Modernisierungseffekt attestieren sie jedoch den Diensten, die an eine Klinik angeschlossen sind; hier konnte sich ihnen zufolge »der psychiatrische Handlungstypus (...) in Richtung einer wohnortnahen (sektorierten) Versorgung« [a. a. O., S. 272] und differenzierten Hilfe herausbilden – wohl auch deshalb, weil hier für sie das Ideal der Multiprofessionalität realisiert worden zu sein scheint.

Demgegenüber gehen wir jedoch davon aus, dass hierbei nicht hinreichend analysiert wird, dass sich in dem Ideal der Multiprofessionalität zwei Logiken brechen, nämlich naturwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Fallbezug. In unserer Untersuchung fanden wir immer wieder Hinweise auf dieses in der Praxis recht komplizierte Verhältnis. Dabei wurde deutlich, dass gerade seitens der pädagogischen Berufe zu Beginn der Interviews häufig auf die Multiprofessionalität in der Arbeit verwiesen wurde. Sicherlich auch deshalb, weil es eines der zentralen Postulate der Reformpsychiatrie war und darüber hinaus auch der Legitimation einer engen Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich diente, was im Hinblick auf die Förderrichtlinien als plausibel erscheint.

Im Laufe der Gespräche stellte sich jedoch heraus, dass dieser Anspruch vor allem bei den sozialpädagogischen Berufen verinnerlicht zu sein scheint, während die Mediziner häufig entweder nicht von sich aus auf die Dienste zuzugingen, oder aber auch im Falle des Kontaktes signalisierten, was zu tun und lassen sei, somit die Definitionsmacht in der Fallarbeit beanspruchten. Die Darstellung der z. T. auch gelungenen Kooperationsbeziehungen zwischen den Professionen kann jedoch generell über das unterschiedliche Verhältnis in Problemzugängen und Sichtweisen nicht hinwegtäuschen [vgl. hierzu auch BOSSHARD 1996].

Wie aus der Aufschlüsselung der Trägerschaft ersichtlich, wurden in Baden-Württemberg überwiegend freie Träger mit der ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuung beauftragt. Eine Unterscheidung zwischen staatlichen und freien Trägerschaften hinsichtlich der Arbeitsstile und jeweiligen Profile in der Arbeit erscheint daher weniger sinnvoll, da wir davon ausgehen konnten, dass wesentliche konzeptionelle Entwicklungen von den freien Trägern ausgingen und diese auch einen Abstrahleffekt auf die staatlich organisierte Arbeit haben. Da wir uns nicht explizit diesen Fragen widmeten, können an dieser Stelle nur Eindrücke wiedergegeben werden, die sich im Laufe der Interviews herausbildeten.

Deutlich wurde eine gewisse Dominanz in konzeptioneller Hinsicht bei denen aus kirchlicher Tradition entstandenen Trägern. Die Dienste in dieser Trägerschaft bilden auch innerhalb der Gesamtgruppe die größte Teilgruppe: Immerhin befinden sich von den 66 Diensten 38 in Trägerschaft von Caritas und Diakonie. In unserer qualitativen Befragung, die ja in erster Linie entlang der Regionaltypen erfolgte, sind diese Dienste ebenfalls mehrheitlich vertreten, sodass sich auch hier die »Landesverhältnisse« insgesamt widerspiegeln. Den in kirchlicher Tradition stehenden Verbänden haftet der Ruf an, dass sie – anders als die kleineren Vereine, die sich z. B. unter dem Dach des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes befinden – insgesamt über mehr finanzielle Eigenmittel verfügen, um z. B. innerhalb der Arbeit auch Sonderleistungen zu finanzieren, für die sich kein Kostenträger findet und somit auch ausgeprägtere Möglichkeiten zu innovativem Handeln haben.

Innerhalb unseres Sampels schien sich in Ansätzen ähnliches abzuzeichnen. Allerdings bildeten sich auch hier regionale Unterschiede ab. So schien das innovative Schwergewicht im großstädtischen Bereich zu liegen. Die in der Regel größeren Teams der Dienste, ihre Präsenz in den lokalen Strukturen, die vermittelnden Aktivitäten der Verbandsspitze, eine aufnahmebereite sozialpolitische Öffentlichkeit sowie auch besonderes Engagement in der Sozialverwaltung führten insbesondere in einem Stadtkreis dazu, dass hier Hilfen erweitert und differenziert werden konnten. Diese Dienste hatten auch eine gewisse Meinungsführerschaft auf Landesebene: Man versuchte es ihnen gleichzutun, merkte jedoch gerade im ländlichen Raum, wie wir noch ausführlicher darstellen werden, dass dieses Anliegen hier auf Grenzen stieß. In Ansätzen war auch eine Hierarchisierung innerhalb der Dienste in gleicher Trägerschaft zu spüren. Die innovationsfreudigen städtischen Dienste waren auch Aushängeschild der Verbände, und sie selbst sahen sich häufig als die Vorreiter einer modernen sozialpsychiatrischen Versorgung, die Anstöße zur Veränderung gaben. Dabei gerieten die Besonderheiten in ländlichen Regionen kaum ins Blickfeld. Ihre Situation wurde allenfalls unter den Aspekt der kleinen Teams (zwei Personen) und der daraus resultierenden Tendenz des »Einzelkämpfertums« beleuchtet. So spiegelte sich auch hier der »Heimvorteil« großstädtischer Sozialarbeit und ihrer Verbände wider, die sicher und auch erfolgreich auf städtischem Terrain agierten, während die ländliche Sozialar-

beit eher übergegangen wurde. Damit soll das Engagement nicht desavouiert, sondern lediglich die übliche Praxis aufgezeigt werden.

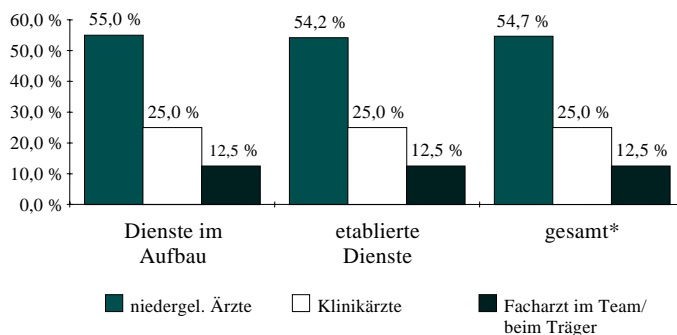
3.2.2.1 Verteilung der Berufsgruppen

In den Diensten bilden die Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik die Mehrheit (s. Tabelle 2). Bei der Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen kann nicht näher unterschieden werden zwischen z. B. Dipl. (FH) oder grad., da es hierzu in den Dokumentationsbögen keine durchgehenden Bezeichnungen gab. In einigen Diensten sind Fachärzte, die beim Träger angestellt sind, mit prozentualen Anteilen ihrer Arbeitszeit für den Sozialpsychiatrischen Dienst tätig.

Tabelle 2: Verteilung der Berufsgruppen; N = 66

Berufsgruppen	Anzahl
Sozialarbeiter/Sozialpädagogen	176
Dipl.-Pädagogen	23
Dipl.-Psychologen	20
Fachkrankenschwestern/Fachkrankenschwester	7
Heilpädagogen/Heilerziehungspfleger	4
Fachärzte	5

3.2.2.2 Beratung der Dienste durch Fachärzte



* ohne Dienste in der Anlaufphase

Grafik 2: Beratung der Dienste durch Fachärzte; N = 64

Wie die Grafik 2 zeigt, kommt der größte Teil der Dienste den Empfehlungen der Förderrichtlinien nach, denen zufolge sie durch Fachärzte beraten werden sollen. In den Interviews wurde deutlich, dass sich hier ein eher pragmatischer Umgang zwischen den Professionen herausgebildet hat, der den jeweiligen Berufsalltag der Ärzte und der Sozialarbeiter wenig tangiert. Die damit intendierte Multiprofessionalität scheint ihren Niederschlag darin zu finden, dass die Berufsgruppen sich themenzentriert und fallbezogen austauschen. Dabei stehen sowohl Fragen der Medikamentierung als auch die der ärztlichen Versorgung der Betroffenen häufig im Vordergrund. In diesem Austausch scheinen Diskussionsprozesse um das berufliche Selbstverständnis eher indirekt eine Rolle zu spielen. Seitens der sozialpädagogischen Berufe wird die beratende Tätigkeit eher als fallbezogene Ergänzung zu ihrem professionellen Verständnis begriffen und scheint sich auf bestimmte Themen zu zentrieren. Ähnliche Tendenzen zeichneten sich bezüglich der Multiprofessionalität auch in der Untersuchung von BONß u. a. [1985] ab. Wir interpretieren dies vor allem vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Handlungslogiken und Problemzugänge der Professionen im psychiatrischen Feld, die der Herausbildung eines »neuen« Handlungstypus entgegenstehen. Während sich bezüglich des beratenden Arztes eher Pragmatismus im Umgang abzeichnete, scheint das Verhältnis zwischen den Professionen im Versorgungsalltag jedoch auch immer wieder durch Spannungen geprägt zu sein, die neben den unterschiedlichen Handlungslogiken auch aus Statusdifferenzen zwischen den Berufsgruppen resultieren. So wurde in den Interviews immer wieder deutlich, dass es nicht unüblich ist, dass die Fachärzte versuchten, auf die Arbeit der Dienste Einfluss zu nehmen und ihnen Aufgaben zuzuschreiben. Die gegenüber dem medizinischen Bereich eher schlecht strukturierten Probleme [HEINER 1995, S. 102] der Sozialarbeit sowie Reziprozität und Interaktion in der sozialen Arbeit, bilden sich auf Seiten der medizinischen Profession wohl eher als »Diffusität« ab, der es entgegenzusteuern gilt.

Diese Reibungsverluste und Spannungen potenzierten sich auch dort, wo es um die Definition von »Behandlung« ging oder aber auch um die diagnostischen Anteile in der Arbeit. Brisanz erhielt dieses Verhältnis zusätzlich aus den Untersuchungen zum Modellprogramm, denen zufolge die Versorgung der chronisch psychisch Kranken den niedergelassenen Nervenärzten übertragen wurde, trotz gegenseitiger Empfehlungen der Expertenkommission. Diese hielt »die Nervenärzte wegen ihrer Arbeitsweise, ihres eingeschränkten Behandlungsgebotes und wegen ihrer mangelnden sozialrechtlichen, administrativen und ordnungspolitischen Kenntnisse für die Betreuung der chronisch psychisch Kranken prinzipiell für wenig geeignet bzw. nur in Grenzen entwicklungsfähig« [RÖSSLER u. a. 1993, S. 41].

Demgegenüber wurde in der baden-württembergischen Begleitforschung behauptet, dass »die Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung aus den allgemeinen Versorgungsstrukturen bei den (Nervenärzten) am geringsten (ist)« [a. a. O., S. 41]. In den Sozialpsychiatrischen Diensten sehen RÖSSLER u. a. »die Gefahr der Ausgrenzung und Stigmatisierung (als) größer als in anderen ambulanten Einrichtungen (an)« [a. a. O., S. 41]. Diese Parteinahme für die Fachärzte in der Versorgung zieht sich wie ein roter Faden durch die landespolitischen Ordnungsvorstellungen in diesem Bereich. Entsprechend hoch besetzt ist daher auch der Begriff der »Behandlung«, an dem es immer wieder zu Auseinandersetzungen auf höchster Gremienebene kam. Das »Behandlungsprimat« der Ärzte und somit »Behandlungsverbot« sozialpädagogischer Berufsgruppen zieht sich als »Kampfbegriff«

seit der Psychiatriereform durch die professionsspezifischen Diskussionen. In der Auseinandersetzung darüber spiegeln sich berufsständische Monopolvorstellungen wider [vgl. RIEDMÜLLER 1981, S. 71], die die Behandlung ausschließlich medizinischen Berufen zuzuordnen.

»Wo allerdings die Grenze zwischen ›Beratung‹, ›Betreuung‹ und ›(Psycho)Therapie‹ oder ›Behandlung‹ zu ziehen ist«, scheint insgesamt nur schwer auszumachen zu sein [vgl. GILDEMEISTER 1998, S. 55]. Die Hilfen einer alltags- und lebensweltorientierten sozialen Arbeit zielen in ihren Absichten auf soziale Integration und einen »gelingenderen« Alltag. In ihnen steckt somit auch »die Hoffnung, dass die kontextgebundene Form der Intervention« [JUNGBLUT 1993] zur Entzerrung von Situationen beiträgt, sie »behandelt« [vgl. MEINHOLD 1982] und so beanspruchten auch einige Dienste den Begriff der »Behandlung« zur Kennzeichnung ihrer »sozialtherapeutischen« Arbeit, was wiederum zu Auseinandersetzungen zwischen den Berufsgruppen führte. Die Versorgungssituation insgesamt wurde von einigen Mitarbeitern auch dahingehend interpretiert, dass sie der Meinung seien, dass die Ärzte ihrem Versorgungsauftrag nicht immer gerecht würden, so z. B. Hausbesuche oder auch intensivere Betreuung nicht durchführen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund der Versorgungsstrukturen die Dienste ein breites Aufgabenspektrum abdecken. Wir werden darauf noch eingehen. Einblicke in den Versorgungsalltag sollen erst einmal die folgenden Kurzdarstellungen geben.

3.2.3 Alltägliche Arbeit

Die alltägliche Arbeit in den Diensten strukturiert sich nicht primär durch organisationsstrukturelle Vorgaben, sondern ergibt sich u. a. auch aus den Erfordernissen der Klientel, sie sind also in diesem Sinne »abweichende Bürokratie« [WOLFF 1983]. Gleichwohl müssen auch sie Routinen herausbilden, um der tendenziellen »Unendlichkeit« ihrer Betreuung nicht zu unterliegen. Diese institutionellen Arrangements werden durch regionale Strukturen tangiert, die auf den institutionellen Alltag wirken.

Durch Rekonstruktion von Elementen eines Tagesablaufs, von alltäglichen Problemen und deren Bewältigung aus der Sicht von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste soll ein Einblick in institutionelle Bewältigungsformen und Auseinandersetzungen mit regionalspezifischen Bedingungen gegeben werden.

3.2.3.1 Arbeitsalltag im ländlichen Raum

Als Beispiele dienen hier Dienste im ländlichen Raum, die ihren Dienstsitz in der Kreisstadt haben und von dort aus recht große Versorgungsgebiete betreuen. Ein weiteres Merkmal besteht darin, dass sich in den Versorgungsgebieten kaum weitere komplementäre Angebote befinden, sodass Hilfeform und Hilfeinhalte wesentlich auf den Schultern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste lasten. Aus dieser Mangelsituation heraus werden in zwei der Dienste tagesstrukturierende Angebote durch Arbeitshilfen unterbreitet, um zumindest für einen Teil der Betroffenen, die häufig aus dem Arbeits- und Sozialleben herausgefallen sind, Kontaktmöglichkeiten zu bieten. In den Vormittagsstunden wird versucht, in dem jeweiligen Dienst eine entsprechende Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern, damit man sowohl für Betroffene wie auch für andere Institutionen erreichbar ist. Die angestrebte Präsenz soll weiterhin dazu dienen, dass man sich innerhalb des Teams austauschen kann: fallbezogener Aus-

tausch, fachlicher Austausch, Organisierung anfallender Arbeiten usw. Die Nachmittage sind häufig für Hausbesuche bei den psychisch Kranken reserviert, die entweder krankheits- oder verkehrsbedingt nicht von sich auch in den Dienst kommen können.

Eine Sozialarbeiterin beschreibt, dass es an einem solchen Nachmittag je nach Betroffenensituation teilweise zeitlich nur für einen Kontakt reicht:

»Ich habe zum Beispiel eine Klientin, die alleine lebt und von sich aus nur selten das Haus verlässt. Wenn ich zu ihr fahre, dann dauert dies eine Stunde. Eine weitere Stunde benötigen wir, um zum Nervenarzt zu kommen, sowie eine Stunde Rückfahrt, dann gehen wir meist noch Einkaufen. Da muss ich froh sein, wenn alles an einem Nachmittag erreicht wird. Weil sie so weit weg wohnt, kann ich sie nicht häufig besuchen, obwohl sie allein lebt. Ich bin die einzige Kontaktperson außer einer achtzigjährigen Frau, die ab und zu mal kommt.« (A1:20)

Von den Hausbesuchen kehren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dann meistens nicht mehr in den Dienst zurück. Die Hausbesuche werden in der Regel vorher vereinbart. Sie stellen die häufigste Art des Kontakts mit den Betroffenen dar, da es die oft weite Entfernung zwischen Dienstsitz und Wohnort der Betroffenen sowie die Rückzugstendenzen der psychisch Kranken nicht ermöglichen, Gespräche in den Diensten zu führen.

Zum Teil wird seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versucht, in einigen Gemeinden u. a. durch regelmäßig dort stattfindende Sprechstunden eine Präsenz herzustellen und somit auch möglicher Ansprechpartner zu sein. Dabei wurde häufig durch entsprechende Hinweise oder auch durch Artikel in Gemeindeblättern oder Zeitungen auf das Angebot aufmerksam gemacht. Allerdings zeigte sich hierbei, dass diese Sprechstunden nicht in dem Maße angenommen werden, wie etwa in den originären Dienstsitzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Während zum Beispiel insgesamt festzustellen ist, dass bei zunehmender Stabilisierung Betroffene nunmehr auch von sich aus den Dienst aufsuchen, scheinen soziale Schwellenängste in den kleineren Gemeinden auch bei zunehmender Etablierung der Dienste immer noch anzutreffen sein. Dabei wird seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angenommen, dass mit dem Aufsuchen der Sprechstunde bei den Betroffenen und ihren Angehörigen die Befürchtung besteht, dadurch Anlass zu Gesprächen und Klatsch bieten zu können und einen Anonymitätsverlust zu erleiden. Ein Mitarbeiter berichtete, dass nach entsprechender Bekanntmachung des Dienstes im Gemeindeblatt eine Klientin darum bat, nun nicht mehr zu Hause besucht zu werden, da ja nun alle im Dorf wüssten, wer er sei und warum er käme. Kontaktaufnahme und Kontakterhaltung sind in den ländlichen Diensten – über die üblichen Schwierigkeiten hinaus, den Kreis der Betroffenen überhaupt zu erreichen – in stärkerem Maße durch Prozesse der dörflichen Kommunikation und Mechanismen sozialer Kontrolle tangiert. So wird zum Beispiel berichtet, dass vor Hausbesuchsterminen bei den Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Dienste sich danach erkundigt wird, ob denn auf dem Dienstwagen ein Schriftzug oder Symbol aufgebracht sei, das die Identifizierung institutioneller Hilfe ermöglichen würde. Ein Mitarbeiter berichtet:

»Früher hatten wir auf dem Auto ein Zeichen unseres Trägers, das war eine Katastrophe. Häufig hieß es: »Parken Sie nicht vor dem Haus.« Wir mussten zum Teil stark über Umwege zu den Leuten gehen.« (B1:60)

Hieran wird deutlich, dass die Betroffenen und ihre Familien es vermeiden möchten, mit der Notwendigkeit institutioneller Hilfe in Zusammenhang gebracht zu werden. Dies mag

damit zusammenhängen, dass durch die traditionell geprägten Muster der Einschätzungen institutioneller sozialer Hilfen [vgl. GÄNGLER, STEIN 1990, S.176] Befürchtungen ausgelöst werden, mit dieser Hilfe würde innerhalb der Gemeinde assoziiert, dass in der Familie »Schwierigkeiten« oder »Probleme« bestünden, die überdies nicht (mehr) von ihr selbst gelöst werden könnten.

Mit dem Tätigwerden in den Gemeinden werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Dienste mithin soziale Prozesse in Gang gesetzt, die zwar von ihnen kaum gesteuert oder kontrolliert werden können, die aber die Möglichkeiten professioneller Hilfe erheblich beeinflussen. Tangiert sind dabei alle möglichen Facetten des Hilfeprozesses: von Hilfen zur existenziellen Sicherung der Betroffenen bis hin zu Hilfen der sozialen Integration.

3.2.3.2 Arbeitsalltag in der Großstadt

Als Beispiel sozialpsychiatrischer Betreuung dienen Interviews aus Diensten in Großstädten. Auch hier soll durch Rekonstruktion von Elementen eines Tagesablaufs Einblick in die regionalspezifischen Bedingungen der Arbeit und ihre institutionellen Bewältigungsformen gegeben werden. Im Hinblick auf komplementäre Angebote bieten die Städte insgesamt eine größere Variationsbreite als etwa die untersuchten ländlichen Regionen. Dies erklärt sich u. a. dadurch, dass Träger sozialpsychiatrischer Hilfen auf drängende Probleme in der Großstadt mit entsprechender Angebotsstruktur reagierten und diese Angebote zum Teil auch sozialpolitisch anerkannt und umgesetzt werden konnten.

Der tägliche Organisationsablauf der großstädtischen Dienste entspricht im Wesentlichen denen der ländlichen. Die Morgenstunden sind hier ebenfalls durch gemeinsame Besprechungen, Supervision und Präsenz für Betroffene ausgefüllt. Kontaktherstellung und Kontaktherhaltung durch aufsuchende Hilfe sind in der Anfangszeit der Betreuung die häufigste Kontaktart:

»Unser Selbstverständnis von Betreuung haben wir aus der Praxis heraus entwickelt, notwendigerweise. Wir haben es hier häufig mit Betroffenen zu tun, die nicht in der Lage waren, sich auf diese oder jene therapeutische Methode einzulassen, die aber dringend betreuungsbedürftig sind. Da muss man dort versuchen mit Hilfen anzusetzen, wo sie wohnen, sich an der Lebenswelt oder am Alltag von ihnen zu orientieren. Ein Großteil derer, mit denen wir es zu tun haben, kommen ja in der Anfangszeit nicht zu uns; das ändert sich dann mit der Zeit, wenn Vertrauensbeziehungen da sind. Wir müssen Wege finden, gucken, wo können Hilfemöglichkeiten entwickelt werden.« (F1: 80)

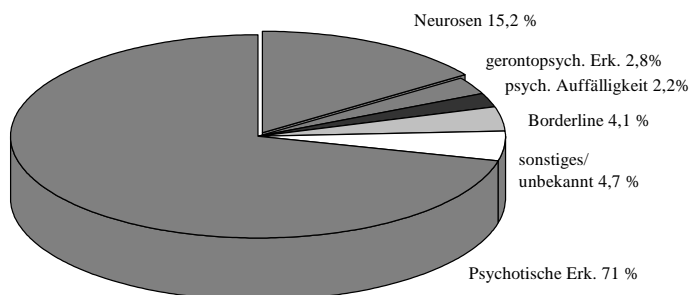
Die Nachmittage sind bei den Mitarbeitern der Dienste zwar häufig auch durch Hausbesuche ausgefüllt, allerdings besteht aufgrund dessen, dass im Stadtbereich nicht so weite Strecken überwunden werden müssen, um die Betroffenen zu erreichen, eine etwas größere Flexibilität in der Durchführung. Auffällig zeigt sich, dass sowohl ein nicht unerheblicher Teil täglicher Arbeitszeit durch Austausch und Kooperation mit anderen (sozialen) Institutionen als auch durch Anfragen aus dem sozialen Umfeld psychisch Kranker absorbiert wird. Hierin schlagen sich Bedingungen im Hilfeprozess wie auch die Entstehung sozialer Konflikte im »engen« großstädtischen Raum und deren institutioneller Bearbeitung nieder. Am Beispiel von Betreuungsprozessen werden wir darauf noch eingehen.

3.2.3.3 Spezielle Statistik der längerfristig betreuten Klienten

In der speziellen Statistik der längerfristig betreuten Klienten fassen wir psychiatrische Hauptdiagnosen, bekannte stationäre Aufenthalte und Beginn der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen/medizinischen Behandlung zusammen.

Psychiatrische Hauptdiagnosen

Der Vergleich der drei Auswertungen 1988, 1989 und 1990 zeigt hinsichtlich der prozentualen Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen ein relativ stabiles Bild (s. Grafik 3): Fast drei Viertel der längerfristig betreuten Personen leiden jeweils an einer psychotischen Erkrankung. Hierunter fallen schizophrene, affektive und organische Psychosen. Den zweithöchsten Anteil nehmen die neurotischen Erkrankungen ein; jeweils über 10 % der Betroffenen leiden darunter.

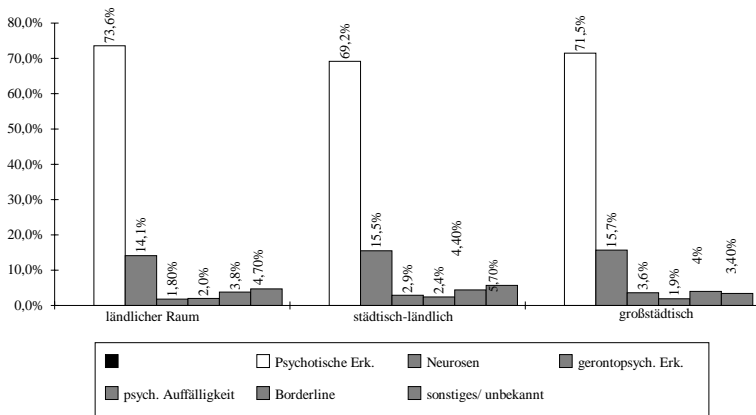


Grafik 3: Psychiatrische Hauptdiagnosen; N = 66 (N = 8045)

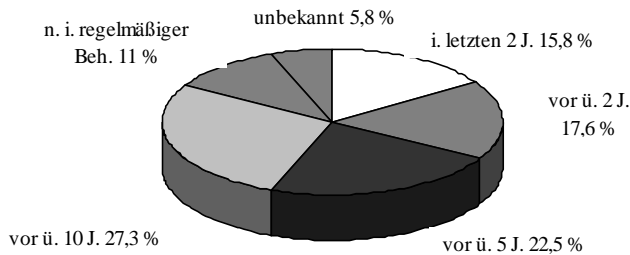
Bei einer Differenzierung der Dienste unter regionalen Gesichtspunkten wird deutlich sichtbar, dass der Anteil der psychotischen Erkrankungen mit einem prozentualen Anteil um 70 % über alle Gebietskategorien hinweg relativ konstant bleibt (s. Grafik 4). Die neurotischen Erkrankungen, die jeweils den zweithöchsten Anteil stellen, weisen ebenfalls keine großen Differenzen zwischen den verschiedenen Gebietskategorien auf.

Beginn der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen/medizinischen Behandlung

Über drei Jahre hinweg zeigte sich, dass etwa die Hälfte der längerfristig durch die Dienste betreuten psychisch kranken Menschen länger als fünf Jahre in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer/medizinischer Behandlung ist. Berücksichtigt man zudem, dass jeweils etwa ein Viertel der betreuten Personen sich sogar seit über zehn Jahren in Behandlung befindet, so verschärft sich das Bild einer chronisch psychisch kranken Klientel. Insgesamt sind jeweils über 80 % der längerfristig betreuten Personen in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer/medizinischer Behandlung (s. Grafik 5) .

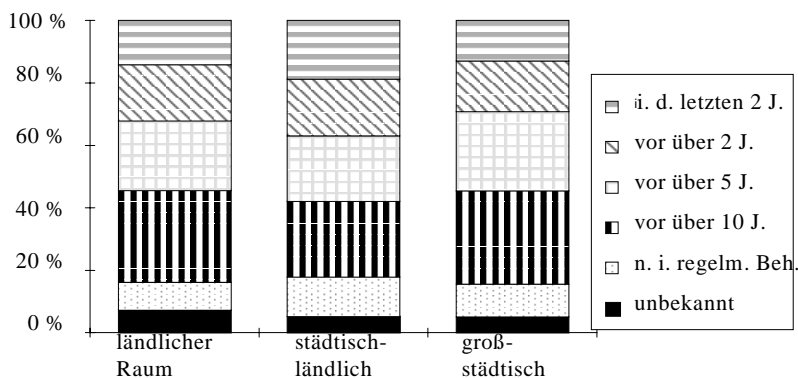


Grafik 4: Psychiatrische Hauptdiagnosen, nach Regionen; N = 66 (N = 8045)



Grafik 5: Beginn der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen/medizinischen Behandlung; N = 66 (N = 8045)

Differenziert man hinsichtlich der Gebietsstruktur, so zeigt sich, dass in allen Untergruppen die überwiegende Mehrzahl der Klientel regelmäßige ambulante Behandlung erhält. Der Anteil der psychisch kranken Personen, die sich seit über fünf und über zehn Jahren in ambulanter Behandlung befinden, ist bei den städtisch-ländlichen Diensten mit 45,2 % deutlich niedriger, als bei den Diensten im ländlichen Raum mit 51,7 % und den großstädtischen Diensten mit 55,3 %. Auch der Anteil der Kategorie »Beginn vor über 10 Jahren« ist bei den städtisch-ländlichen Diensten mit 24,3 % niedriger als bei den Diensten des ländlichen bzw. großstädtischen Bereichs, die mit 29,4 % bzw. 29,9 % sehr eng beieinander liegen (Grafik 6; Tabelle 3).



Grafik 6: Beginn der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen/medizinischen Behandlung, differenziert nach Gebietsstruktur

Tabelle 3: Beginn der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen/medizinischen Behandlung, differenziert nach Gebietsstruktur; N = 66 (N = 8045)

	ländlicher Raum	städtisch-ländlich	großstädtisch
Unbekannt	7,3 %	5,3 %	5,1 %
Nicht in regelm. Behandlung	8,9 %	12,6 %	10,5 %
Vor über 10 J.	29,4 %	24,3 %	29,9 %
Vor über 5 J.	22,3 %	20,9 %	25,4 %
Vor über 2 J.	18 %	18,2 %	16,2 %
i. d. letzten 2 J.	14,1 %	18,7 %	12,9 %

Bekannte stationäre Aufenthalte

Vergleicht man zu den stationären Aufenthalten die Erhebungen von 1988, 1989 und 1990, so lässt sich eine leicht zunehmende Tendenz zu häufigeren stationären Aufenthalten feststellen:

In der Auswertung 1988 ist von 47,5 % der längerfristig durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten Klientel bekannt, dass sie mehr als zwei Aufenthalte hinter sich hat, 1989 ist dieser Anteil auf 51 % angestiegen und 1990 sind es schließlich 54,1 %. Tendenziell verweist dies auf Chronifizierung und Prozessierung sowie Verluste in der autonomen Lebensgestaltung bei den Betroffenen.

Differenziert man nach Regionalkategorien, so zeigt sich folgendes Bild (s. Tabelle 4): Die größten Differenzen zwischen den Diensten der Gebietskategorien »ländlicher Raum« und »städtisch-ländlich« bestehen in Bezug auf die Kategorien »bis 5 Aufenthalte« und

Tabelle 4 Bekannte stationäre Aufenthalte; N = 66 (N̄ = 8045)

Aufenthalte	Gesamt	Dienste nach Gebietsstruktur		
		ländlicher Raum	städtisch-ländlich	großstädtisch
Bis 2	27,5 %	28,2 %	28,3 %	25,6 %
Bis 5	29,9 %	31,5 %	29,7 %	28,8 %
Bis 10	15,0 %	15,4 %	14,6 %	15,2 %
Über 10	9,2 %	8,4 %	8,3 %	11,6 %
Keine	10,4 %	8,1 %	11,6 %	10,9 %
Unbekannt	7,9 %	8,4 %	7,6 %	7,9 %
N = 66	8045	2225	3566	2254

»keine Aufenthalte«; hier liegt der Anteil in der Kategorie »keine Aufenthalte« im ländlichen Raum um 3,5 % niedriger und in der Kategorie »bis 5 Aufenthalte« um 1,8 % höher als im städtisch-ländlichen Bereich. Die Differenzen in den übrigen Kategorien bleiben unter einem Prozentpunkt. In den Auswertungen 1988, 1989 und 1990 ist der Anteil der längerfristig betreuten psychisch Kranken, die keinen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung hinter sich haben, im ländlichen Raum niedriger als in den beiden übrigen Gebietskategorien.

Im Vergleich zu den beiden anderen Gebietskategorien zeigt sich bei den großstädtischen Diensten ein höherer Anteil an betreuten Klienten, die bereits in über zehn Aufenthalten stationär betreut wurden. Dieser Umstand wurde von den großstädtischen Diensten häufig dahingehend interpretiert, dass sie es mit einer für Sozialpsychiatrische Dienste »typischen« Klientel zu tun hätten, die aufgrund ihrer besonderen Schwierigkeiten immer wieder von stationärer Behandlung betroffen sei.

Unserer Meinung nach zeichnet sich hier jedoch der spezifische regionale Umgang mit Lebensproblemen ab. Schon in der Untersuchung von BREUER u. a. 1983 wurde darauf verwiesen, dass z. B. Krisensituationen der Betroffenen in ländlichen Regionen weitaus weniger zu Einweisungsmaßnahmen führen, als etwa im städtischen Raum. Anhand unserer qualitativen Befragung wird deutlich, dass im Hinblick auf die unterschiedliche Anzahl von Klinikaufenthalten der Klienten im ländlichen der großstädtischen Raum mehrere Faktoren ausschlaggebend sind.

Zum einen zeichnete sich in unserer Untersuchung ab, dass die Betroffenen im ländlichen Raum noch häufiger in familialen Zusammenhängen leben als etwa in der Großstadt.

Diese Lebenssituationen bedingen wiederum einen anderen Umgang mit Krisensituationen, der gerade auch im ländlichen Raum in starkem Maße durch die traditionell geprägten Muster der Einschätzung institutioneller Hilfen geprägt ist.

So werden institutionelle Hilfen in diesen Regionen nach Aussagen der Mitarbeiter der

Dienste erst relativ spät in Anspruch genommen. Es zeichnete sich in den Interviews deutlich ab, dass hier erst dann um Hilfe nachgesucht wird, wenn die familialen Bewältigungsmuster sich erschöpft haben und die Familien mit ihrem »Latein« am Ende sind. Folgender Interviewausschnitt gibt hiervon einen exemplarischen Eindruck:

»Wir haben extrem viel mehr zu tun mit Angehörigen, weil die psychisch Kranken in der Regel in den Familien leben. Wir haben anfangs über Monate zum Teil nur Kontakte mit Angehörigen, ohne die Kranken auch nur gesehen zu haben. Es ist doch häufig so, dass Angehörige kommen, weil sie mit ihrem Latein am Ende sind, in so einer Zwangslage, zum Beispiel: ›Der lässt sich nicht behandeln, der war auch mal in Behandlung, hockt jetzt zu Hause und wird immer schlimmer, was sollen wir tun?‹. Wir versuchen dann zu vermitteln und gemeinsam zu überlegen, wie können wir Kontakt aufnehmen. Denn wenn der Betroffene gar nicht will, dann schmeißt der uns genauso heraus wie die anderen. Das ist oft ein langer Prozess. Man muss da auch unterscheiden, welche Angehörigen kommen: Sind es zum Beispiel Ehepartner oder Eltern? Eltern, so die Erfahrung, kommen erst nach sehr langer Zeit. Da ist das Problem nicht ein Jahr alt, sondern zehn Jahre alt, eine lange Geschichte aufgrund der Chronifizierung, da sind die Eltern fünfzig bis sechzig Jahre, die Kinder zwischen dreißig und vierzig Jahre.« [C2:80]

Familiale Bezüge der Betroffenen garantieren einerseits soziale Unterstützung und auch materielle Versorgung, sodass Problemlagen nicht so eklatant in Erscheinung treten wie etwa bei psychisch Kranken, die ihre familialen und sozialen Bezüge verloren haben. Doch entstehen dadurch andererseits zum Teil auch erhebliche Schwellen im Hinblick auf notwendige Hilfen. Dies mag auch damit in Zusammenhang stehen, dass, wie Studien zeigen [vgl. HOHL 1983], Angehörige psychiatrischer Patienten über einen längeren Zeitraum und mit entsprechender Beharrlichkeit an ihren Normalitätsdefinitionen festhalten. Auch nach teilweise jahrelangen Psychiatriekarrieren ihres Angehörigen bestehen Zweifel daran, ob er wirklich krank sei: Verhaltensauffälligkeiten werden von Angehörigen häufig nicht als Merkmale psychischer Krankheit wahrgenommen, sondern dahingehend interpretiert, dass es sich um Auffälligkeiten handele, die der bewussten Absicht oder dem bösen Willen des Betroffenen entspringen. Eine Mitarbeiterin eines Dienstes berichtet, dass die Frage »krank« oder »faul« zum Teil ein »ewiges Thema« von Auseinandersetzungen sei:

»Die Familien, gerade die mit Nebenerwerbslandwirtschaft, sagen: ›Psychische Krankheit, das gibt es nicht, du bist ein Drückeberger, du bist faul, es gäbe genug zu tun.‹ Es gibt in diesen Familien viel Streit darüber, was tut der, was könnte er tun und was tut er nicht, weil er einfach zu faul ist.« [D1:95]

Diese innerfamilialen Auseinandersetzungen um »bad« oder »mad« deuten insgesamt auf eine spezifische Dynamik in der Abwehr oder Annahme von psychischer Krankheit durch die Angehörigen hin.

Darüber hinaus zeigt sich in ländlichen Regionen jedoch eine deutliche Tendenz zur Verheimlichung von Lebensschwierigkeiten und auch Krankheit. In einer Untersuchung zur psychiatrischen Versorgung in ländlichen Gemeinden wird dies deutlich: »Übereinstimmend berichteten die Bürgermeister, dass psychische Erkrankungen in den Gemeinden noch immer stark tabuisiert werden. Seelisch Behinderte und deren Angehörige würden, so gut es geht, eine psychische Erkrankung verheimlichen. Umso größer die Gemeinde, desto besser sei dies auch möglich. Diese Tendenz, seelisches Leiden zu verbergen, hat somit zur Folge, dass nur schwere Erkrankungsformen an die lokale Öffentlichkeit ge-

langen« [LANDKREIS REUTLINGEN 1992, 129]. Das Verheimlichen von schwerer Krankheit als »normale« Praxis im dörflichen Alltag konstatiert ebenfalls DORNHEIM in ihrer empirischen Untersuchung [DORNHEIM 1983], und auch in der Untersuchung von Lenz zur Beratungsarbeit im ländlichen Raum wird darauf verwiesen, dass man hier bestrebt ist, »Probleme und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder Beziehungs- und Partnerschaftskonflikte nicht nach außen dringen zu lassen, sie vielmehr so weit wie möglich ganz zu verheimlichen oder zumindest gegenüber dem sozialen Netzwerk zu bagatellisieren bzw. zu normalisieren« [LENZ 1994, S. 135].

Insgesamt wird deutlich, dass die »Inszenierung von Normalität« im dörflichen Kontext eine erhebliche Rolle spielt und die Bereitschaft, soziale Problemlagen zu veröffentlichen, für Betroffene und Angehörige nur dort gegeben ist, wo Stigmatisierung nicht zu befürchten ist – wobei »Öffentlichkeit« hierbei schon bedeutet, überhaupt mit jemandem darüber zu sprechen, da Dorföffentlichkeit und privates Alltagsleben nicht strikt voneinander getrennt sind, familiäre und außerfamiliäre Beziehungen ineinander übergehen. Öffentlichkeit als Pendant zur Privatheit meint in Anlehnung an HITZLER »die Erfahrung weniger des wechselseitigen Wahrnehmens als die des wechselseitigen Wahrgenommenwerdens (...). In der direkten Wahrnehmung durch den anderen, in der sich für die subjektive Erfahrung Öffentlichkeit schlechthin konstituiert, verkehrt sich die Subjekthaftigkeit meines Erlebens in das Erleben meiner Selbst als einem prinzipiell öffentlichen Objekt« [HITZLER 1985, S. 505 ff., nach BÖLLERT 1995, S. 175 ff.]. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich städtische Öffentlichkeiten und Dorföffentlichkeit unterscheiden: »Während es ein Kennzeichen städtischer Öffentlichkeiten ist, daß sie Interessen und Bedürfnisse aus dem privaten Bereich in den öffentlichen Bereich vermitteln und damit diesen eine neue Qualität geben können, ist in der ländlichen Tradition der Dorföffentlichkeit diese Trennung kaum ausgebildet; es fehlen damit auch die Muster der Vermittlung von öffentlich und privat. Dorföffentlichkeiten sind in besonderem Maße Räume sozialer Integration und Ausgrenzung, sozialer Kommunikation und sozialer Kontrolle, die durch Muster der Überschaubarkeit und Gegenseitigkeit strukturiert sind« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 208 ff.]. Institutionelle Hilfe, so unser Resümee, trifft in ländlichen Regionen auf andere soziokulturelle Voraussetzungen als etwa in Großstädten. So formuliert GÄNGLER in seiner Untersuchung »daß ›Hilfe‹ in der traditionellen Dorfwelt etwas Selbstverständliches ist, solange sie gebunden bleibt an ein sozialökonomisches System der dörflichen Gegenseitigkeit: Nachbarschaftshilfe beim Häuserbauen und den Pendlerfahrgemeinschaften, Aushilfen und einspringen bei Notfällen, Vereins- und Dorfveranstaltungen. Hilfe, die nicht dieser dörflichen Selbstverständlichkeit entspringt, die sich von ›außen‹ auf das Private richtet und die traditionellen Belange von halböffentlicher Gegenseitigkeit und privater Verschwiegenheit durchbricht, bedeutet auch heute noch, zugeben zu müssen, daß man nicht funktioniert. Und in der ländlichen Welt der unausgesprochenen Gegenseitigkeit gibt es kaum schlimmeres, als zugeben zu müssen, daß man nicht funktioniert« [GÄNGLER 1990, S. 113].

Demgegenüber scheinen Ärzte als Anlaufstelle in Krisensituationen besser akzeptiert und eher in Anspruch genommen zu werden, als etwa psychosoziale Dienste. Diese Tendenz in der Hilfesuche bei psychischen Problemen [FICHTER 1990; KRAUSE-JACOB 1993] hängt auch damit zusammen, dass die medizinische Profession über entsprechende Traditionen als Hilfequelle bei körperlichem und psychischem Leid verfügt. Darüber hinaus wird »die

Zurückführung von Leid auf körperliche Krankheiten (...) gesellschaftlich eher akzeptiert« [BERGOLD 1990, S. 6, nach KRAUSE-JACOB a.a.O., S. 203]. Die Funktion des Allgemeinpraktikers und Hausarztes in Notsituationen spielt daher auch in der Versorgung psychisch Kranker im ländlichen Raum eine herausragende Rolle [vgl. FICHTER 1990]. Hierzu folgender Auszug aus einem Interview:

»Die ärztliche Versorgung auf dem Land läuft ja auch über die Hausärzte, die übernehmen viel. Ehe jemand überhaupt zum Arzt geht, muss viel passieren und wird viel verschleppt. Der Hausarzt, das ist ja auch akzeptabel, damit kann die Familie leben und der Kranke leben, der ja sowieso der Meinung ist, dass er nicht krank ist. Da dauert es lange, ehe andere Hilfe in Anspruch genommen wird. Ich habe auch erlebt, dass die Kranken erst dann in die Klinik kommen und unsere Hilfe in Anspruch genommen wird, bis es absolut nicht mehr geht, das kann Jahre und Jahrzehnte dauern.« [D4: 123]

Die geringeren stationären Aufenthalte der Betroffenen aus dem ländlichen Raum erklären sich unserer Meinung nach demzufolge weniger durch die angenommene »Schwere« des Krankheitsverlaufes als vielmehr durch das soziokulturelle Umfeld der Betroffenen und deren Umgang mit Lebensschwierigkeiten.

In den Städten und Großstädten treffen psychisch Kranke sehr viel stärker als etwa in ländlichen Regionen auf Nischen der Anonymität und Gruppen von ebenfalls Betroffenen, in denen zum Beispiel ver-rücktes Verhalten eher toleriert und erst dann registriert wird, wenn erhebliche Störungen damit verbunden sind:

»In der Stadt kann ich in vielen Bereichen dermaßen »ver-rückt« sein, ohne überhaupt eine Rückmeldung zu kriegen. Es ist ja hier auch alles hoch professionalisiert, die Rückmeldung erfolgt ja dann, wenn überhaupt, auch über professionelle Dienste. Wenn unsere Klienten die Nacht zum Tag machen, in der Wohnung laut sind, dann geht die Auseinandersetzung nicht von Nachbar zu Nachbar, sondern dann wird die Polizei angerufen oder wir werden eingeschaltet usw.« [E1: 130]

Die »Kette von Agenturen« [GOFFMAN 1972] und ihre Präsenz im städtischen Raum tragen mit dazu bei, dass man innerhalb der Hilfe- und Ordnungssysteme weitervermittelt wird. So beschreibt ein Mitarbeiter eines großstädtischen Dienstes, dass ihre Klientel häufig zwischen den Institutionen zirkuliert:

»Von der Sozialstation zu diesem Amt, von diesem Amt zu jenem Amt, von diesem Arzt zu jenem Arzt und wenn nichts mehr geht, dann in die Klinik.« [A2: 120]

Die Anbindung der Klienten an ein Hilfesystem sowie die Strukturierung der Hilfen und die Beendigung der Odyssee durch verschiedenste Institutionen sind wesentliche Elemente im Arbeitsalltag großstädtischer Dienste. Demgegenüber zeichnet sich für den ländlichen Raum ab, dass alltägliche Bewältigungsprozesse von Lebensschwierigkeiten und der Umgang mit »abweichendem« Verhalten sich sehr viel stärker unterhalb institutioneller Bearbeitungsformen abspielen. Dies ist bedingt durch mehrere Faktoren. Zum einen hängt das damit zusammen, dass hier das Verständnis von Hilfe und den Institutionen der Hilfe durch spezifische kulturelle Traditionen geprägt ist [vgl. GÄNGLER, STEIN 1990], zum anderen zeigen sich hier qualitativ andere Aspekte der Problemgenese als in dem großstädtischen Bereich.

Exkurs zur Problemgenese

Während meiner Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste kam ich einige Male durch Ort X. In diesem Ort regelte auf einer schlecht einsehbaren Kreuzung ein Mann in Arbeitskleidung den Verkehr. Als ich das erste Mal durch den Ort fuhr, nahm ich an, dass hier Bauarbeiten durchgeführt würden und dieser Mann die Autofahrer vorab auf diesen Umstand aufmerksam machen sollte. Beim Überqueren der Kreuzung stellte sich jedoch heraus, dass es hier keinerlei Hindernisse gab, vor denen gewarnt werden musste. Auch an den anderen Tagen, als ich durch X fuhr, regelte der Mann an dieser Kreuzung den Verkehr. Transportiert man dieses Geschehen auf eine Großstadtkreuzung, so lassen sich hier schnell Sachverhalte wie Fremd- und Selbstgefährdung definieren, mit der möglichen Konsequenz psychiatrischer Unterbringung.

Für die Problemgenese spielen unserer Meinung nach neben den soziokulturellen Mustern im Umgang mit Lebensschwierigkeiten auch Ballung und Entleerung der Räume sowie die sozialökologischen Bedingungen des Wohnumfeldes eine wesentliche Rolle.

Eine Mitarbeiterin eines Dienstes im ländlichen Raum analysiert die geringere Anzahl der stationären Unterbringungen der Betroffenen in diesen Regionen neben dem spezifischen familialen Umgang mit Krisensituationen auch im Hinblick auf die Wohnsituation:

»Die Menschen leben ja hier nicht so dicht beieinander, und die Wohnbereiche sind z. T. auch weitläufiger als in der Stadt. Da kann man wohl auch mehr ertragen. Da kracht es nicht so schnell.« [G1:95]

Das Wohnumfeld spielt für die an Schizophrenie Erkrankten insgesamt eine nicht zu unterschätzende Rolle im Hinblick auf (sozial-)pathologische Prozesse. So wird darauf verwiesen, dass gerade für diese Menschen ruhige Wohnzonen und überschaubare Wohneinheiten wichtig wären, denn »anonyme Wohnsilos sind besonders für schizophrene Erkrankte unzutraglich und begünstigen einen pathologischen Rückzug« [HERRLICH, SÜLLWOLD 1992, S. 267]. Folgendes Beispiel verdeutlicht die Wichtigkeit entsprechender Wohnumgebungen für diesen Personenkreis: »Eine unserer Patienten wohnt in einem Häuserblock, dessen Garten mit Bänken ausgestattet ist. Sie beschreibt anschaulich, wie wichtig es für sie ist, an warmen Tagen dort sitzen zu können, andere einfach zu sehen, spielende Kinder zu beobachten und gegebenenfalls ein paar Worte mit Nachbarn wechseln zu können. Sie sieht darin eine distanzierte Kontaktaufnahme, die vor zu großer Isolierung schützt.« [a. a. O., S. 267]

Eine Untersuchung der Medizinischen Hochschule Hannover, in der die durchschnittlichen jährlichen Inanspruchnahmeziffern der stationär-psychiatrisch behandelten Patienten mit dem Wohnsitz in Beziehung gebracht wurden, zeigte, dass die stationäre Inanspruchnahme »in statistischen Bezirken mit hoher sozialer Lage bzw. niedriger urbaner Verdichtung deutlich unter denjenigen mit niedriger sozialer Lage bzw. hoher urbaner Verdichtung liegen« [ELGETI 1995, S. 11].

Soziokulturelle Kontexte im Umgang mit Problemen, soziale Lage, Grade der Verdichtung und Entleerung der Räume sowie sozialökologische Bedingungen, so unser Resümee, beeinflussen wesentlich die Genese sozialer Probleme. Nicht so sehr die »Schwere« des Krankheitsverlaufs korrespondiert demnach mit psychiatrischen Aufhalten, als vielmehr oben genannte Faktoren.

3.2.3.4 Zuweisungswege

Bei der Auswertung der Zuweisungswege (s. Tabelle 5) zeichnen sich folgende Tendenzen ab: Als dominant erweist sich die Zuweisung von Klienten in die Dienste aus dem medizinisch-psychiatrischen Umfeld – 49,1 %, d.h. knapp die Hälfte der 1990 neu aufgenommenen psychisch kranken Menschen, fanden über diesen Weg zu den Sozialpsychiatrischen Diensten. Eine wichtige Rolle spielte hierbei das psychiatrische Krankenhaus, das 31,3 % der Klientel zuwies.

Der Anteil der Klienten, die aus eigener Initiative auf die Dienste zukamen, betrug 12,6 %. Dieser Zuweisungsweg wurde somit nur von einem geringeren Teil der Betroffenen gewählt, der überwiegende Teil der Klientel fand nicht aus eigener Initiative zu den Diensten. Hier zeigen sich Parallelen zu anderen Untersuchungen, die ebenfalls feststellen, dass nur ca. 10 % der Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste von sich aus auf die Dienste zukommen [FLICK 1993].

Insgesamt wird deutlich, dass der größte Anteil der Klientel der Dienste aus dem professionellen Umfeld zugewiesen wird, im Wesentlichen aus dem psychiatrisch-medizinischen Bereich. In der Großstadt ist der Anteil der Klientel, die über das Sozialamt den Weg zum Sozialpsychiatrischen Dienst fand, jedoch mehr als doppelt so hoch wie im ländlichen Raum. Dies korrespondiert mit dem deutlich höheren Anteil an Sozialhilfeempfängern im großstädtischen Bereich. Die in ländlichen Regionen lebenden Betroffenen beantragten weit weniger diese Unterstützungsform, sondern griffen vielmehr auf familiäre Hilfen zurück. Andererseits hängt dies wohl auch damit zusammen, dass die Betroffenen und ihre Familien bei Inanspruchnahme von Sozialhilfe ihre finanziellen Verhältnisse offen zu legen haben. Dieser notwendige finanzielle Offenbarungseid wirkt sich erheblich auf die Beanspruchung von Sozialhilfeleistungen aus. Wir werden bei der Analyse der Hilfeformen darauf noch ausführlicher eingehen.

Die vom ländlichen über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Bereich zunehmende Tendenz des Anteils »Angehörige/Nachbarn« als Zuweisungsweg erklärt sich unserer Meinung nach vor allem dadurch, dass im ländlichen und städtisch-ländlichen Raum psychisch kranke Menschen noch eher in familialen Bezügen leben.

Bei der Aufteilung nach Etablierungsgraden zeigte sich, dass der medizinisch-psychiatrische Bereich bei den sich im Aufbau befindlichen Diensten mit 51,1 % einen deutlich höheren Zuweisungsanteil aufweist, als etwa bei den etablierten Diensten mit 44,2 %. Demgegenüber wurde den etablierten Diensten mit 13,6 % ein höherer Anteil ihrer Klientel durch Ämter zugewiesen, als den Diensten in der Aufbauphase mit 10,9 %. Höher ist in den etablierten Diensten auch der Anteil der Klienten, die aus Eigeninitiative auf den Dienst zuzugingen: 14,4 % bei den etablierten Diensten gegenüber 12 % bei den Diensten im Aufbau. Dies könnte auf einen höheren Bekanntheitsgrad der etablierten Dienste in der Öffentlichkeit zurückzuführen sein.

In dem insgesamt geringeren Zugehen auf die Dienste durch die Klientel spiegeln sich nach Aussagen der Mitarbeiter Vorbehalte gegenüber institutioneller Hilfe wider. Möglicherweise ist das auch darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen z. T. schon mehrere Maßnahmen innerhalb von Institutionen durchlaufen haben – von der Klinik der Wechsel in die Arbeits- und Beschäftigungstherapie einer Klinik, von der Tagesklinik in das Übergangswohnheim usw. –, ohne dass sich aus ihrer Sicht in dem Krankheitsprozess Wesent-

Tabelle 5: Zuweisungswege

Hilfen	Dienste					
	Gesamt	ländl. Raum	städt.-ländl. Raum	groß-städtisch	Dienste im Aufbau	etablierte Dienste
Psychiatrisches Krankenhaus	31,3 %	33,0 %	30,7 %	30,8 %	32,6 %	27,4 %
andere Kliniken	2,0 %	2,3 %	2,3 %	1,4 %	1,5 %	3,3 %
Nervenarzt, psych. Amb.	12,5 %	13,8 %	13,0 %	10,8 %	13,7 %	10,0 %
Niedergelassener Arzt	3,3 %	3,2 %	2,8 %	4,0 %	3,3 %	3,5 %
Reha-Dienste/ Einrichtungen	2,4 %	2,5 %	2,7 %	2,0 %	2,2 %	2,3 %
Allgemeiner Sozialdienst	4,5 %	3,9 %	3,7 %	6,2 %	4,2 %	5,5 %
Amt für öffentl. Ord./Gericht	2,0 %	0,8 %	2,7 %	1,7 %	1,0 %	4,3 %
Sozialamt	3,1 %	2,1 %	2,2 %	5,2 %	3,3 %	2,9 %
Gesundheitsamt	2,0 %	1,6 %	1,9 %	2,5 %	2,4 %	0,9 %
Sozialstation/ Nachbarschaftshilfe	1,7 %	1,0 %	1,9 %	2,1 %	1,6 %	2,2 %
Beratungsstelle/ Therapeut	3,1 %	3,9 %	3,3 %	2,4 %	3,1 %	2,9 %
Laienhelfer	0,7 %	0,5 %	1,0 %	0,3 %	0,6 %	0,9 %
Nachbarn/ Angehörige	13,2 %	12,7 %	13,4 %	13,3 %	13,4 %	12,6 %
Eigeninitiative d. Patienten	12,6 %	13,8 %	12,1 %	12,3 %	12,0 %	14,4 %
Berufskollegen/ Arbeitgeber	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,6 %	1,2 %	2,0 %
Sonstiges	4,2 %	3,6 %	5,0 %	3,4 %	3,9 %	5,0 %
N =	62 (3281)	22 (773)	26 (1459)	14 (1049)	39 (2245)	21 (968)

liches verändert hat. Angesichts der modernisierten »Stufenrehabilitation« [BUHL u. a. 1979] bei länger dauernder psychischer Erkrankung konstatiert FLICK »eine Biografisierung von Psychiatrie-Karrieren. Klienten durchlaufen eine Vielzahl von Versorgungsangeboten und zwar phasenweise (...)« [FLICK 1991, S. 204]. Diese Phasen werden wesentlich durch ihre begrenzte Finanzierung beeinflusst. Diese insgesamt konstatierte Tendenz trifft jedoch im Wesentlichen für die Klientel der Großstädte zu. Die Angebotspalette im ländlichen Raum ist bis auf einige regionale Zentren in der Regel sehr viel eingeschränkter. Darüber hinaus, auch darauf werden wir noch eingehen, wirkt sich die Finanzierung des größten Teils dieser Maßnahmen nach dem Bundessozialhilfegesetz in ländlichen Regionen recht häufig einschränkend auf ihre Inanspruchnahme aus.

Insgesamt wird deutlich, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste überwiegend mit denjenigen psychisch Kranken betraut sind, die sich schon seit geraumer Zeit im Hilfesystem befinden. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt somit in der nachgehenden Betreuung und Begleitung dieser Betroffenen.

Als Institution sind sie eine wichtige Schaltstelle im Hilfesystem. Ihre Aufgabe besteht gerade auch darin, Disparitäten zu benennen sowie die zersplitterten Strukturen des psychosozialen Hilfesystems und seiner verschiedenen Leistungen – Sozialamt, Krankenkasse und Arbeitsamt – auf lokaler Ebene zu koordinieren und zusammenzubringen, sodass sie für die Betroffenen nutzbar werden.

Bei der Gestaltung der Hilfe geht es wesentlich auch darum, »die Leistungen derjenigen Dienste zusammenzubringen, die sich jeweils ausschnittshaft mit einem Aspekt des Alltags« [BERGOLD, FILSINGER 1993, S. 31] der psychisch Kranken befassen.

Deutlich wird dies u. a. auch in der statistischen Erfassung der verschiedenen Hilfen, in deren Angeboten sich die Klienten der Dienste befinden.

3.2.3.5 Zusammenwirken verschiedener Hilfen

Unter dem Punkt »Zusammenwirken verschiedener Hilfen« bestätigt sich der Eindruck einer vielfältigen Verflechtung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen Hilfeangeboten (s. Tabelle 6).

Am stärksten ausgeprägt zeichnen sich Berührungspunkte zur medizinisch-psychiatrischen Versorgung ab: Über die drei Berichtsjahre hinweg befanden sich ca. 85 % der Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste gleichzeitig in ärztlicher Behandlung, und etwa 20 % wurden gleichzeitig durch ein psychiatrisches Krankenhaus betreut. Neben dem Zusammenwirken mit der medizinisch-psychiatrischen Versorgung spielen Freizeitangebote sowie tagesstrukturierende Hilfen – mehrmals wöchentlich – eine wichtige Rolle in der Betreuung psychisch kranker Menschen: In diesen beiden Bereichen wurden gleichzeitig ca. 25–31 % der Klientel betreut.

Unterschiedliche Ausprägungen dieser beiden Bereiche zeigen sich vor allem in der regionalen Differenzierung. So werden tagesstrukturierende Hilfen – laut Dokumentationsbogen »regelmäßig am gleichen Ort stattfindende Angebote mit zumindest tagesstättenartigem Charakter mehrmals wöchentlich« – sehr viel stärker im Großstadtbereich angeboten als etwa im städtisch-ländlichen oder ländlichen Raum. Dies mag damit zusammenhängen, dass z. B. zwei Großstädte über ein Tageszentrum verfügen und auch einige großstädtische Dienste vielfältige Angebote an tagesstrukturierenden Maßnahmen unterbreiten. Demgegenüber ist die Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste im ländli-

Tabelle 6: Zusammenwirken verschiedener Hilfen (Mehrfachnennungen)

Hilfen	Dienste				Dienste im Aufbau	etablierte Dienste
	Gesamt	ländl. Raum	städtisch-ländl.	groß-städtisch		
Keine ambl. ärztl. Behandlung	14,7 %	11,3 %	14,1 %	19,3 %	13,6 %	16,7 %
Gleichzeitig in ärztl. Behandlung	85,3 %	88,7 %	85,9 %	80,7 %	86,4 %	83,3 %
Gleichzeitig in Beh. beim Nervenarzt	60,2 %	60,2 %	60,2 %	60,2 %	62,7 %	55,7 %
Gleichzeitig in Beh. beim niederge- lassenen Arzt	37,7 %	41,6 %	38,5 %	32,2 %	35,8 %	41,5 %
Psychiatrisches Krankenhaus	19,5 %	20,1 %	20,0 %	18,0 %	21,2 %	15,8 %
Reha-Dienste/Einrichtungen	5,8 %	4,9 %	7,2 %	4,6 %	5,7 %	5,4 %
Beschützte Arbeitsplätze	7,0 %	6,1 %	8,8 %	5,0 %	6,6 %	7,2 %
Institution im Bereich Wohnen	5,2 %	4,9 %	5,0 %	5,8 %	5,3 %	5,0 %
Beratungsstelle/Therapeut	5,4 %	5,1 %	5,8 %	5,2 %	5,4 %	5,5 %
Allgem. Sozialdienst	8,5 %	5,9 %	10,0 %	8,7 %	8,2 %	8,8 %
Arbeitsamt	7,4 %	7,2 %	8,5 %	5,6 %	7,6 %	7,0 %
Psychosozialer Dienst	2,2 %	2,7 %	2,5 %	1,5 %	2,2 %	2,2 %
Sozialstation/Nachbarschaftshilfe	7,0 %	5,3 %	6,8 %	9,2 %	6,5 %	8,1 %
Tagesstrukturierende Hilfen	7,5 %	2,9 %	6,2 %	14,5 %	6,5 %	9,5 %
Freizeitbereich/Selbsthilfe/Laiengruppen	20,8 %	22,4 %	21,8 %	17,5 %	21,0 %	21,0 %
N =	65 (7925)	25 (2225)	27 (3566)	13 (2134)	39 (4981)	24 (2875)

chen Raum sowie im städtisch-ländlichen Bereich häufiger in Freizeit- oder Kontaktclubs vertreten, die sich z. T. lediglich einmal wöchentlich treffen.

Bei den komplementären Angeboten wie Reha-Diensten/Einrichtungen sowie beschützten Arbeitsplätzen zeigt sich die jeweils höchste Ausprägung im städtisch-ländlichen Bereich. Hierbei dürften sich jedoch nicht so sehr regionale Merkmale niederschlagen, als vielmehr trägerspezifische Einflüsse eine Rolle spielen. Je nachdem, wo sich die Einrichtung befindet, wird das Angebot unterbreitet. Damit können jedoch noch keine Aussagen über eine regionale, bedarfsorientierte Versorgung gemacht werden.

Die fallbezogene Kooperation mit den verschiedenen Hilfesystemen wird als notwendige Voraussetzung angesehen, um Hilfen für die Klientel erschließen zu können und diese mit dem professionellen Umfeld der Sozialpsychiatrischen Dienste abzustimmen. Verfolgt man die Entwicklungslinien bei den Kooperationspartnern unter Hinzuziehung des Prosateils der Dokumentationen, so wird deutlich, dass die fallbezogenen Kooperationsbeziehungen zu den Allgemeinen Sozialdiensten und den Diakonie- und Sozialstationen sich sehr zügig entwickeln und wohl auch bei der Kontaktaufnahme durch geringe Reibungsverluste gekennzeichnet sind. Mit zunehmendem Etablierungsgrad, so ist den Berichten zu entnehmen, verbessert sich allgemein auch die fallbezogene Kooperation mit den Fachärzten, die mehrfach vor allem von Diensten in der Anlaufphase als eher schwerfällig eingeschätzt wird.

Der Grund für diese Unterschiede in der Entwicklung von fallbezogener Kooperation liegt unserer Meinung nach darin, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Kooperationsarbeit z. B. mit Sozialdiensten auf die gleiche Berufsgruppe treffen und weniger Reibungsverluste entstehen, da Legitimation qua Berufszugehörigkeit vorhanden ist und nicht erst unter Beweis gestellt zu werden braucht.

Komplexer stellen sich die Kooperationsbeziehungen zum medizinischen Fachbereich dar. Hier sind es unserer Meinung nach vor allem die unterschiedlichen Logiken professionellen Handelns zwischen den beiden Gruppen, die die Kooperation z. T. erschweren. Dabei zeichnet sich ab, dass es hierbei eines längeren Zeitraums bedarf, ehe eine zufrieden stellende Zusammenarbeit gewährleistet ist.

Eine parallele Entwicklung in den Kooperationsbeziehungen zeigt sich in der Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und Kliniken: Mit zunehmender Etablierung der Sozialpsychiatrischen Dienste verfestigt sich die fallbezogene Kooperation. Als Brückenglied zwischen diesen beiden Institutionen erweist sich häufig der Sozialdienst des Krankenhauses, mit dem recht zügig eine gute Zusammenarbeit hergestellt wird. Als Reibungspunkte in der Zusammenarbeit mit den Kliniken werden in einigen Berichten »der häufige Wechsel der Stationsärzte« sowie »nicht vorhandene regionale Sektorierung innerhalb der Klinik« benannt.

Erleichternd scheint sich in diesem Prozess die regelmäßige Präsenz der Sozialpsychiatrischen Dienste in den Kliniken in Form von geregelten Sprechzeiten, geregelter Austausch und Besuchen zu erweisen. Diese institutionelle Absicherung der Kooperationsbeziehungen trägt offenbar wesentlich dazu bei, dass sich die Dienste in den Kliniken als vor der Entlassung des Klienten einzuschaltende Kooperationspartner etablieren.

Eine institutionelle Absicherung sozialpsychiatrischer Präsenz gelingt allerdings dort am ehesten, wo durch räumliche Nähe zur Klinik keine übermäßigen Anfahrtszeiten entstehen. So wird von einigen von z. T. wöchentlicher Präsenz in den Kliniken berichtet, wäh-

rend Dienste, die teilweise bis zu 180 km Wegstrecke zurückzulegen haben, diese nur alle sechs bis acht Wochen aufsuchen können.

3.2.3.6 Auslastung der Dienste

Im Berichtsjahr 1990 betreuten die in der Auswertung erfassten 66 Sozialpsychiatrischen Dienste insgesamt 14.721 Personen. Die Gesamtbetreuungen unterteilten sich in »Kurzkontakte«, »indirekte Kontakte« und »längerfristige Kontakte«. Die Kontaktformen sind dabei laut Handreichung zur »Freiwilligen Dokumentation der Sozialpädagogischen Dienste in Baden-Württemberg« wie folgt definiert:

Kurzkontakte

Kurzkontakte umfassen in der Regel ein bis vier Einzelkontakte. Es handelt sich hierbei um Kontakte, bei denen nach Abklärung der Situation eine Weitervermittlung an geeignete Stellen erfolgt oder weitere Hilfen nicht mehr erforderlich sind. Die Abklärung kann durch Hausbesuche, Gespräche innerhalb des Dienstes oder durch Telefongespräche erfolgen. Kontakte, bei denen lediglich eine kurze telefonische Auskunft gegeben wird, werden nicht erfasst.

Indirekte Kontakte

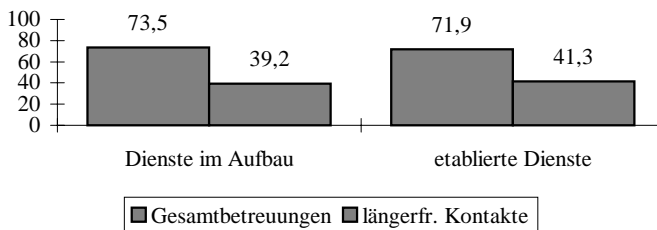
Als indirekte Kontakte werden Kontakte bezeichnet, wenn Personen aus dem engeren sozialen Umfeld eines psychisch Kranken, Angehörige oder Mitarbeiter anderer sozialer Einrichtungen beraten werden, ohne dass mit dem Erkrankten selbst Kontakt aufgenommen wird. Einerseits werden hier Kontakte z. B. zu anderen sozialen Diensten oder auch Ämtern und andererseits Kontakte zu Angehörigen psychisch kranker Menschen erfasst. Die Zusammenfassung von Kontakten zu qualitativ unterschiedlichen Gruppen ergibt eine Unschärfe, die einer exakten Interpretation entgegensteht.

Längerfristige Kontakte

Bei längerfristigen Kontakten handelt es sich um Betreuungsverhältnisse, bei denen mit *direkt* betreuten Klienten während des Berichtszeitraums mehr als vier Kontakte bestanden. Hierunter fallen Kontakte mit dem Betroffenen selbst, seinen Angehörigen oder anderen Diensten u. a., soweit sie sich auf diesen Fall beziehen. Der Kontakt kann hierbei in Form eines Hausbesuches, eines Gespräches im Dienst oder eines telefonischen Gesprächs stattfinden.

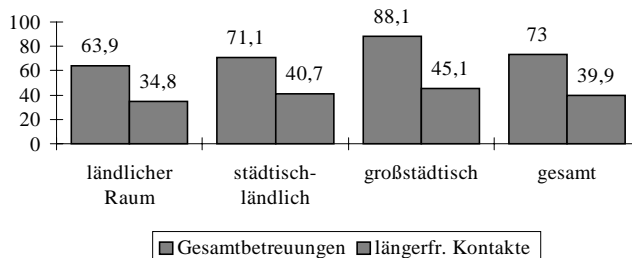
3.2.3.6.1 Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft

Bei den Auswertungen 1988, 1989 und 1990 zeigte sich bei einer Differenzierung der Dienste nach ihrem Etablierungsgrad sowohl eine steigende durchschnittliche Anzahl der insgesamt betreuten Klienten pro Fachkraft als auch der längerfristigen Kontakte mit zunehmender Tätigkeitsdauer der Dienste. Nach unserer Vermutung spielten hierbei ein wachsender Bekanntheitsgrad der Dienste in einer breiteren Öffentlichkeit mit zunehmender Dauer ihrer Tätigkeit sowie die steigende professionelle Anerkennung und die damit verbundene höhere Nachfrage eine Rolle.



Grafik 7: Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft, nach Diensten;
N = 64 (N = 14.563/7976)

In Vergleich der Auswertungen zeichnete sich zudem eine starke Annäherung der Kategorien »Dienste im Aufbau« und »etablierte Dienste« bezüglich der durchschnittlichen Gesamtbetreuungen pro Fachkraft ab (s. Grafik 7). Die gleiche Entwicklung zeigt sich auch im Hinblick auf die Anzahl der durchschnittlich betreuten längerfristigen Kontakte. Mit zunehmender genereller Existenzdauer des Hilfeangebotes »Sozialpsychiatrischer Dienst« und dem sich hieraus ergebenden steigenden Bekanntheitsgrad in einer breiteren Öffentlichkeit, sowie der zunehmenden Etablierung im professionellen Umfeld, scheinen sich so die Differenzen zwischen den beiden Etablierungskategorien zu nivellieren.



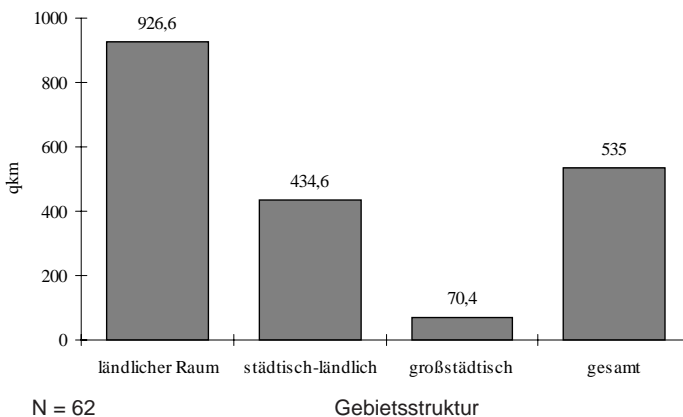
Grafik 8: Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft, nach Gebietsstruktur;
N = 66 (N = 14.721/8045)

Die Aufteilung der Dienste unter regionalen Gesichtspunkten zeigt zu allen drei Auswertungszeitpunkten eine analoge Tendenz zu steigenden Betreuungszahlen von den Diensten im ländlichen Raum über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Bereich sowie entsprechende Differenzen zwischen den verschiedenen Gebietskategorien (s. Grafik 8). So bestätigten die Auswertungen die Feststellung, dass der signifikante Unterschied zwischen dem ländlichen sowie dem städtisch-ländlichen Raum einerseits und dem großstädtischen Raum andererseits liegt.

Aufgrund der unterschiedlichen Betreuungszahlen pro Fachkraft bezogen auf die Regionalstruktur unterscheiden wir zwischen zwei Hauptgruppen von Einflussfaktoren – einerseits Problemen, die sich aus den unterschiedlichen räumlichen Distanzen ergeben und

andererseits unterschiedliche Muster im Umgang mit psychisch kranken Menschen und mit professionellen Hilfeangeboten.

Die Differenzen bei den durchschnittlichen Betreuungszahlen pro Fachkraft sind auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ausdehnung der Versorgungsgebiete der Dienste in den verschiedenen Gebietskategorien zu sehen. So haben die Dienste im ländlichen Raum – wie aus Grafik 9 zu entnehmen ist – im Durchschnitt ein wesentlich größeres Versorgungsgebiet zu betreuen. Da die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste aufgrund der Problemlagen ihrer Klientel in hohem Maße »aufsuchende« Betreuung – etwa in Form von Hausbesuchen – erfordert, benötigen die Mitarbeiter der Dienste im ländlichen Raum allein schon sehr viel Zeit, um zu ihren Klienten zu gelangen. Auch die Betroffenen müssen, wenn sie den Dienst aufsuchen, größere räumliche Distanzen und die damit verbundenen größeren Probleme in verkehrstechnischer, finanzieller sowie zeitlicher Hinsicht überwinden. Dadurch werden die Schwierigkeiten psychisch kranker Menschen, Kontakt aufzunehmen, noch verstärkt.

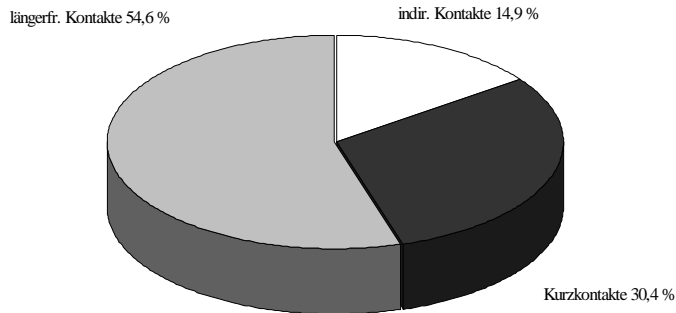


Grafik 9: Durchschnittlich zu betreuendes Einzugsgebiet pro Dienst

Zu allen drei Erhebungszeitpunkten zeigte sich bei den längerfristigen Kontakten eine parallele Tendenz zu den Gesamtbetreuungen. Auch hier steigt die durchschnittliche Auslastung pro Fachkraft jeweils vom ländlichen über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Raum an. Die Differenz zwischen den verschiedenen Regionaltypen fiel dabei jeweils deutlich niedriger aus als die Unterschiede in Bezug auf die Gesamtbetreuungen. Somit stabilisieren die Ergebnisse den gewonnenen Eindruck, dass die höhere Anzahl der Gesamtbetreuungen pro Fachkraft in den großstädtischen Diensten – verglichen mit den übrigen Diensten – auch auf eine stärkere Inanspruchnahme der hier tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch »indirekte Kontakte« und »Kurzkontakte« zurückzuführen ist. Die prozentuale Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach den verschiedenen Kontaktformen zeigt bei allen Auswertungen, dass hier vor allem die »indirekten Kontakte« ins Gewicht fallen.

3.2.3.6.2 Aufteilungen der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen

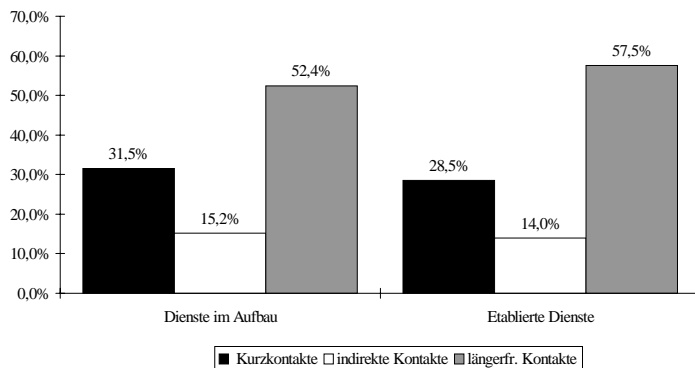
Zu allen drei Erhebungszeitpunkten zeigt die Auswertung der Gesamtbetreuungen hinsichtlich der verschiedenen Kontaktformen eine relativ stabile prozentuale Verteilung zwischen »Kurzkontakten«, »indirekten« und »längerfristigen Kontakten« (s. Grafik 10). Jeweils über die Hälfte des von den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Personenkreises steht in einem längerfristigen Betreuungsverhältnis. Dies korrespondiert mit Merkmalen einer Klientel, die längerfristiger Betreuung bedarf.



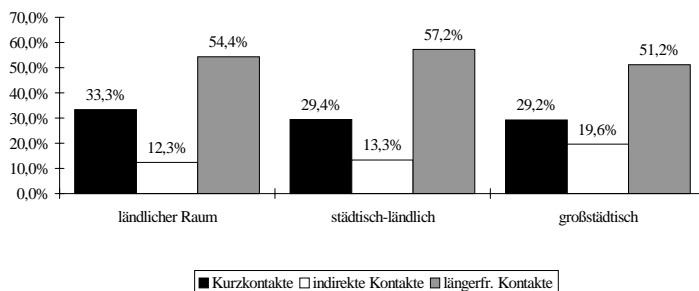
Grafik 10: Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen; N = 66 (N = 14721)

Differenziert man nach Etablierungsgrad, so zeigt sich eine Zunahme der längerfristigen Kontakte mit zunehmender Tätigkeitsdauer der Dienste (s. Grafik 11). Dies bestätigt nochmals, dass die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste entsprechend dem Bedarf der von ihnen betreuten Klienten auf längerfristige Betreuung hin angelegt ist. Insgesamt zeigt sich bei einer Aufschlüsselung der Dienste in Hinblick auf Kontaktformen und Etablierungsgrad in allen drei Auswertungen ein relativ stabiles sowie den Verhältnissen der Gesamtauswertung entsprechendes Bild.

Auch bei einer Differenzierung der Kontaktformen und des Regionaltypus bestätigen sich in den verschiedenen Auswertungen die wesentlichsten Merkmale (s. Grafik 12). Der Anteil der »indirekten Kontakte« liegt bei den großstädtischen Diensten deutlich höher als bei den Diensten im ländlichen bzw. städtisch-ländlichen Raum. Hierauf hat unserer Meinung nach zum einen die stärker ausgebaute soziale Infrastruktur im großstädtischen Raum und zum anderen die höhere Akzeptanz bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfeangebote einen Einfluss. Dies führt zu einer stärkeren Kontaktierung der Dienste von Seiten anderer sozialer Einrichtungen, dem öffentlichen und engeren sozialen Umfeld von Betroffenen sowie von Ämtern, die mit psychisch kranken Menschen zu tun haben.



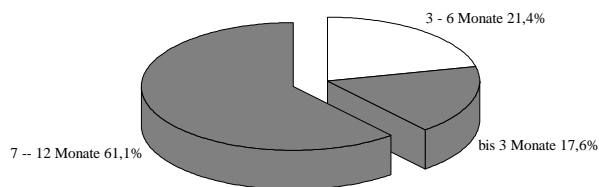
Grafik 11: Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen und Etablierungsgrad; N = 66 (N = 14.563)



Grafik 12: Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen und Gebietsstruktur; N = 66 (N = 14.721)

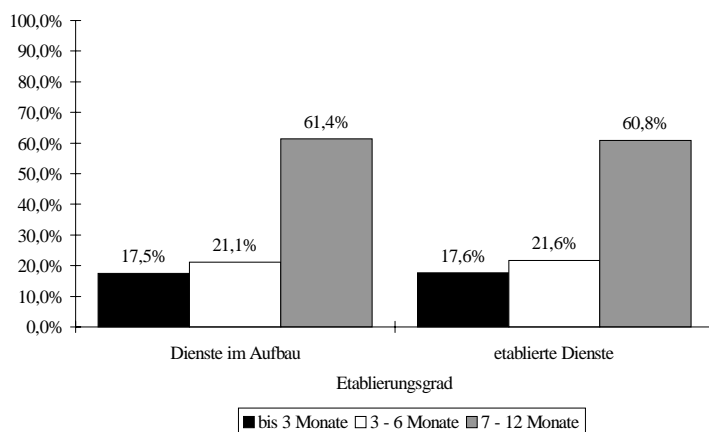
3.2.3.6.3 *Betreuungsdauer*

Im Berichtsjahr 1990 wurden insgesamt 61,1 % der längerfristig betreuten Klienten über sieben bis zwölf Monate hin betreut (s. Grafik 13). Zu den Vorjahren ergibt sich ein nahezu konstanter Anteil dieser Betreuungsdauer. Differenziert man nach Bestandsdauer der Dienste, so wird deutlich, dass sowohl bei den Diensten im Aufbau als auch bei den etablierten Diensten die sieben- bis zwölfmonatige Betreuungsdauer dominiert (s. Grafik 14). Hiermit bestätigt sich, dass die von den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten psychisch kranken Menschen kontinuierlicher und langfristiger Betreuung bedürfen. Weiterhin zeichnet sich ab, dass sich zunehmend eine Stammklientel herausbildet.

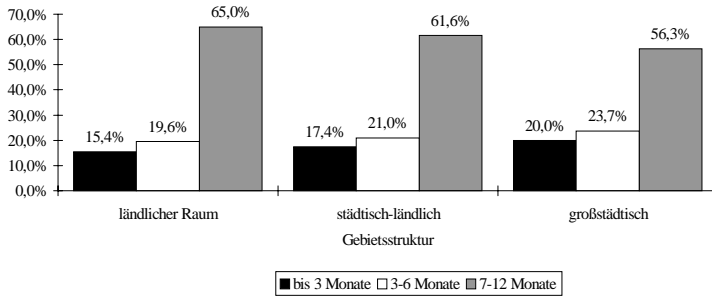


Grafik 13: Betreuungsdauer; N = 66 (N = 8045)

Unterschiede in der Dauer der Betreuung werden hinsichtlich der regionalen Ausprägung der Dienste deutlich (s. Grafik 15). Die sieben- bis zwölfmonatige Betreuung nimmt von den Diensten im ländlichen Raum über den städtisch-ländlichen zu dem großstädtischen Bereich hin ab. Deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Gesamtauswertung weisen der ländliche Raum sowie der Großstadtbereich auf: Während die Dienste im ländlichen Raum mit 65 % in der sieben- bis zwölfmonatigen Betreuung über dem Gesamtdurchschnittswert von 61,1 % liegen, weisen die großstädtischen Dienste in dieser Kategorie 56,3 % ihrer längerfristigen Klientel aus und platzieren sich somit unterhalb des Gesamtdurchschnitts. Die kürzere Verweildauer in der Einzelbetreuung in den großstädtischen Diensten ist wohl darauf zurückzuführen, dass in einigen großstädtischen Diensten ein vielfältigeres Angebot (Gruppenangebote, Tageszentrum) besteht, welches z. B. dazu beiträgt, dass Klienten zügiger von der Einzelbetreuung in die Gruppenbetreuung wechseln können.



Grafik 14: Betreuungsdauer; Differenzierung der Dienste nach Etablierungsgrad; N = 64 (N = 7976)



Grafik 15: Betreuungsdauer; Differenzierung der Dienste nach Gebietsstruktur;
N = 66 (N = 8045)

3.3 Charakteristika städtischer und ländlicher Klienten

In den Erhebungen stellten wir im Hinblick auf demographische Merkmale deutliche regionale Unterschiede fest, die wir im folgenden detailliert darstellen und analysieren werden.

3.3.1 Altersverteilung

Vergleicht man die Ergebnisse der Erhebungen 1988, 1989 und 1990 hinsichtlich der Altersverteilung des durch die Sozialpsychiatrischen Dienste längerfristig betreuten Personenkreises, so lässt sich eine über drei Jahre nahezu konstante Altersverteilung feststellen. Jeweils über die Hälfte der psychisch erkrankten Menschen, die längerfristig betreut werden, ist älter als 40 Jahre.

Die Differenzierung der Dienste unter regionalen Gesichtspunkten (s. Tabelle 7) lässt in allen drei Auswertungen eine abnehmende Tendenz der Anteile in den ersten drei Altersklassen vom ländlichen über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Raum erkennen: Während bei den ersten beiden Gebietskategorien jeweils etwa die Hälfte der betreuten Klientel älter als 40 Jahre ist, steigt dieser Anteil bei den großstädtischen Diensten auf etwa zwei Drittel des durch sie längerfristig betreuten Personenkreises an. Dabei ist vor allem die Zunahme bei den 61–70-jährigen und den über 70-jährigen auffällig; hier nimmt z. B. 1990 der Anteil von 11,8 % bei den Diensten im ländlichen Raum über 14,3 % bei den städtisch-ländlichen Diensten auf 19,6 % im großstädtischen Bereich zu, d. h. in den großstädtischen Diensten wird, verglichen mit den übrigen Diensten, eine deutlich ältere Klientel betreut.

Tabelle 7: Altersverteilung

Alter in Jahren	Gesamt	Dienste nach Gebietsstruktur		
		ländlicher Raum	städtisch-ländlich	groß-städtisch
-20	1,3 %	1,8 %	1,4 %	0,8 %
21-30	19,3 %	21,3 %	20,4 %	15,6 %
31-40	25,6 %	28,4 %	26,1 %	22,3 %
41-50	21,4 %	20,6 %	20,8 %	23,0 %
51-60	17,3 %	16,1 %	17,0 %	18,7 %
61-70	9,8 %	8,4 %	9,8 %	11,3 %
Über 70	5,3 %	3,4 %	4,5 %	8,3 %
N = 66	8045	2225	3566	2254

Auch hier zeigen sich Parallelen zur Oberbayerischen Felduntersuchung, derzufolge Einwohner der Agrargemeinde, speziell die älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, selten in psychiatrischen und psychosozialen Institutionen zu finden sind [FICHTER 1990].

3.3.1.1 Die »alten« und »jungen« Chroniker

Die deutlich geringere Anzahl jüngerer Klientel in großstädtischen Diensten gegenüber dem ländlichen Raum mag sich auch daraus erklären, dass hier z. B. die Zielgruppe der »jungen Chroniker« ein anderes Verhalten gegenüber bestehenden Versorgungskonzepten zeigt als etwa die ältere Klientel. In dem Jahresbericht 1991 der Sozialpsychiatrischen Dienste einer Großstadt wird sich mit dieser Gruppe intensiver auseinander gesetzt.

»Während sich die älteren Betroffenen doch recht zufriedenstellend in das bestehende Betreuungs- und Angebotskonzept integrieren lassen, zeigte eine bestimmte Gruppe von »jungen Chronikern« eine weitaus geringere Akzeptanz (...). Durch das Vorhandensein unterschiedlicher Konzepte im stationären und ambulanten Bereich (wird) das Problem der Betreuung weiter verstärkt (...). Junge Chroniker zeigen meist eine geringe, bisweilen wechselnde Krankheitseinsicht. Wem kann es schon gefallen, in den »besten Jahren seines Lebens« sich mit dem Stigma »psychisch krank« zu identifizieren. Häufig festzustellen ist die Suche nach »normal-alltäglichen« Strukturen, vor allem in den Bereichen Freizeit und Arbeit.« [JAHRESBERICHT 1991, S. 110 ff.]

Das Durchlaufen der Stufenrehabilitation (Klinik, Rehabilitationskette Sozialpsychiatrischer Dienst), scheint für die Gruppe der jüngeren Chroniker nicht mehr ohne weiteres akzeptiert zu werden. Auch die Einnahme von Psychopharmaka stößt hier auf Widerstand. Aus Sicht der Sozialarbeiter ist dies sehr wohl nachvollziehbar: »Bedeutet doch die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka und die daraus resultierenden Nebenwirkungen eine insbesondere für jüngere Menschen bedeutsame Einschränkung, wie z. B.

der Libido (...) Generell richtet sich die Kritik überwiegend gegen das medikamentös bedingte Gefühl, die eigene Person als fremd zu erleben.« [a. a. O., S. 112]

Für diese Betroffenengruppe, die vor allem mit den modernisierten psychiatrischen Einrichtungen zu tun hatte, erscheint auch die psychiatrische Klinik in einem anderen Licht als etwa bei den älteren Psychoseerfahrenen. Denn die Verweildauer in diesen Kliniken hat sich erheblich verkürzt, und »Erfahrungen mit der klassischen Verwahrrpsychiatrie sind (bei ihnen) eher die Ausnahme« [a. a. O., S. 112]. Stationen wurden zunehmend nach Modellen »therapeutischer Milieus« organisiert und damit »wohnlicher« gestaltet.

Die Akzeptanz oder auch Verweigerung von Hilfe orientiert sich bei diesen jungen Chronikern, so nehmen wir an, in stärkerem Maße an ihren Kriterien von »nützlicher Hilfe« und weniger an professionell definierten Standards notwendiger Betreuung und Behandlung.

Diese Gruppe scheint, da sie selbstbestimmter mit der Angebotsstruktur der sozialpsychiatrischen Hilfen umgeht – somit z. T. die Postulate der Reformära versucht individuell zu wenden –, die reformierten Institutionen in besonderem Maße herauszufordern. So wird zwischenzeitlich in der Fachliteratur von einer »Generation ›poststationärer‹ chronischer Patienten« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 18] gesprochen, »unter denen problematische Sondergruppen wie die young adult chronic patients (vgl. HOFFMANN 1995; SHEETS et al. 1982) besondere Aufmerksamkeit auf sich ziehen« [a. a. O., S. 18].

Die Autoren der Berliner Untersuchung zum Lebensalltag chronisch psychisch Kranker konstatieren verbesserte Chancen für neue Lebensstile dieser Betroffenen aufgrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen und der Leistungen des medizinischen und psychosozialen Sektors. Ergänzend hierzu wird der Einfluss gesellschaftlicher Entwicklungen, die mit Stichworten wie z. B. »Individualisierung, Pluralisierung und Privatisierung der sozialen Existenz charakterisiert werden können« [a. a. O., S. 18] angenommen.

Diese gesellschaftlichen Analysen werden von uns durchaus geteilt. Im Folgenden versuchen wir, das veränderte Verhalten junger psychisch Kranker vor dem Hintergrund sozialisatorischer Erfahrungen näher zu analysieren.

Zieht man neuere Untersuchungen über den Verlauf von Schizophrenie heran, so wird deutlich, dass die optimistischen Erwartungen, dass Dehospitalisierung und der Ausbau einer präventiv orientierten ambulanten Versorgung chronische Verläufe der Schizophrenie zum Verschwinden bringen, nicht erfüllt werden konnten [vgl. ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 17]. Statistischen Prognosen zufolge erscheinen für die Klienten, »die zum zweiten oder dritten Mal in einer Klinik behandelt werden und eine ungünstige prämorbid Entwicklung hinter sich haben« [a. a. O., S. 17] die negativen Verläufe als sehr wahrscheinlich. Soziale Isolation und Ausschluss aus dem Arbeitsleben sind zentrale Erfahrungen dieser jungen Betroffenen. In dem Jahresbericht 1991 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Großstadt X werden Merkmale ihrer sozialisatorischen Bedingungen wie folgt beschrieben:

»Ein Großteil der uns bekannten ›jungen Chroniker‹ lebt sehr isoliert auch im elterlichen Umfeld. Oft besteht nur ein geringes Maß an Arbeitsmarkterfahrungen. Viele sind in einer alltäglichen Selbstverständlichkeit von Arbeitslosigkeit herangewachsen. Für sie ist ein Leben auf HLU-Basis (Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz – d. Verf.) zur ›Normalität‹ geworden. Der dadurch geforderte Rückzug auf ein existenzielles Minimum lässt kein soziales Selbstbewußtsein zu, was mithin eine Erklärung sein

kann, weshalb eine Orientierung an gesellschaftlichen Vorgaben wie Arbeit, Familie gründen etc. meist nur eine untergeordnete Bedeutung einnimmt und in der weiteren Logik Rückzugstendenzen begünstigt.« [JAHRESBERICHT 1991, S. 112 ff.]

Die beruflichen Perspektiven für diese Gruppe sind nicht nur in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und enormer Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt prekär, sondern prinzipiell ungünstig: So zeigt die »von Häfner und an der Heiden (1984) durchgeführte Untersuchung an einer Kohorte krankenhausentlassener Schizophrener in den Jahren 1980 bis 1981: einhalb Jahre nach stationärer Behandlung waren 85 % ohne festes Arbeitsverhältnis. Vergleichbare Ergebnisse unter schizophrener Männern fanden zwei weitere Studien in der Bundesrepublik« [RÖSSLER u. a. 1993, S. 19].

Auch die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben durch die Psychosozialen Dienste können den aus dem Arbeitsleben Herausgefallenen häufig keine adäquate Hilfe bieten:

»Durch ihre einengenden Richtlinien für die Arbeit und die Fixierung auf Klienten mit Arbeit, bzw. der Aussicht, diese innerhalb des nächsten halben Jahres zu erreichen, werden z. B. ein Großteil der Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes ausgegrenzt. Diese benötigen kleinere Zwischenschritte und längere Zeiträume auf dem Weg zu einer beruflichen Eingliederung.« [MINISTERIUM 1989, S. 75]

Die Werkstätten für Behinderte stellen, so konnten wir immer wieder in Interviews erfahren, häufig ebenfalls kein adäquates Angebot für diesen Personenkreis dar, da ihre Organisationsform oft mangelnde Flexibilität im Hinblick auf das Arbeitsvermögen der Betroffenen zeigt und z. B. stundenweise Beschäftigung in der Regel nicht zulässt. Darüber hinaus werden diese Einrichtungen gerade von jüngeren Psychoseerfahrenen wegen ihres stigmatisierenden Charakters vielfach abgelehnt.

Von einigen Sozialpsychiatrischen Diensten wird daher versucht, mit Hilfe von stundenweisen Beschäftigungen und Arbeitsbörsen diesem Dilemma zu begegnen. Insgesamt wurde jedoch deutlich, dass der Erste Arbeitsmarkt den chronisch psychisch Kranken häufig auf Dauer verschlossen bleibt und als Element sozialer Integration und gesellschaftlicher Teilhabe für die Betroffenen eher eine marginale Rolle spielt. Mit dem Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes, in dem die Bereiche Arbeit, Wohnen und Freizeit integraler Bestandteil des Versorgungsangebotes sind, glaubte man dem gesellschaftlichen Ausschluss dieser Betroffenen entgegenwirken zu können. Erfahrungen mit einem solchen Versorgungssystem zeigen zwischenzeitlich jedoch neue Probleme auf:

»Bei zunehmender Arbeitsteilung und institutioneller Differenzierung zeichnen sich insbesondere drei Defizitbereiche ab, mit denen es auch hervorragend ausgebaute psychiatrische Versorgungssysteme zu tun haben werden:

- a) institutionenspezifisches Ausfiltern »passender« Patienten
- b) Verdrängung natürlicher durch künstliche Netzwerke
- c) selektive Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder (...).

So ist es eben nicht mehr selbstverständlich, daß ein chronisch kranker Patient einen Wohnheimplatz bekommt, wenn Patient, Angehörige und Klinikmitarbeiter sich dafür entschieden haben. Die Teams in den einzelnen Wohngruppen stellen nunmehr auch eigene Kriterien auf, nach denen sie bereit sind, Patienten aufzunehmen. Manche Patienten fallen durch das institutionelle Raster (...). Problematisch sind insbesondere Patienten mit Mehrfachbehinderungen, diejenigen also, die neben ihrer psychischen Krankheit noch körperliche Behinderungen oder eine Suchtproblematik aufweisen.« [ENGFER, BAUER

1991, S. 131] Auch dort, wo es den chronisch psychisch Kranken gelingt, sich in der institutionellen Logik zu behaupten und sie im Verbund aufgenommen werden, zeichnet sich Folgendes ab: »Die Offenbacher Erfahrungen zeigen bereits, daß der Aufbau ›künstlicher‹ sozialer Netzwerke den Erhalt oder den Neuanfang ›natürlicher‹ Netzwerke behindert. Wenn Patienten ihre Lebensbereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit allein im Kontext psychiatrischer Institutionen organisieren, bleibt für Kontakte außerhalb der Psychiatrie kaum noch Gelegenheit (...). Man muß sich heute in einem solchen gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem die Frage stellen, inwieweit es gelungen ist, Patienten in die Gemeinde zu integrieren oder ob lediglich psychiatrische Institutionen in der Gemeinde etabliert wurden. Die Betroffenen leben zwar räumlich in der Gemeinde, ihren tatsächlichen Lebensbereich haben sie jedoch in dem geschlossenen System Psychiatrie.« [a. a. O., S. 145]

Aber auch dort, wo sich die chronisch psychisch Kranken nicht in dem Verbundsystem befinden, so wurde in unserer Untersuchung deutlich, gelingt es kaum, Gesellungsformen und Arbeit außerhalb sozialpsychiatrischer Organisationsformen zu finden und zu realisieren.

Hierzu ein Interviewauszug aus einem großstädtischen Dienst:

»Ursprünglich in den 80er Jahren haben wir gedacht, wir bieten keine Sonderstrukturen an, da Sonderstrukturen das Risiko in sich bergen, neue ambulante Ghettos aufzubauen, die zwar nicht so sichtbar sind wie die Anstaltsmauern, aber sie haben wieder Ghetto-Charakter, sie sind im Stadtteil wieder unter sich. Aus dem Punkt der konsequenten Entpsychiatisierung sind wir davon ausgegangen. Dann haben wir aber gesehen, das Konzept scheitert in der Praxis, weil auf der einen Seite die psychisch Kranken vor zu großen Anforderungen im normalen Alltag stehen, woran sie ja auch oft gescheitert sind. Auf der anderen Seite haben wir festgestellt, dass der Alltag überfordert ist, dass die Vereine, Kirchengemeinden überfordert sind. Alle, die damit betroffen sind, Angehörige usw., sind überfordert, sagen wir mal, beschützende Strukturen in der Normalität aufzubauen.« [A4: 158]

Sehr ähnliche Tendenzen zeichnen sich auch im ländlichen Raum ab:

»So, unsere Erfahrungen sind die, dass für psychisch Kranke Institutionen wie Vereine und Kirchengemeinde in einem Normalbereich liegen, wie bestimmte Leistungsanforderungen, Verlässlichkeit und so, die unsere Leute kaum bringen können. Angebote in der Gemeinde, wo die Leute eingebunden sind, das gibt es kaum. Wenn wir unsere Leute mal da oder hier auf was aufmerksam gemacht haben, dann ging das kaum. Wenn es schwierig wird, kommen die Vereine gleich zu uns und dann betreuen wir den Verein noch mit.« [G3: 150]

Die Lebenslage der chronisch psychisch Kranken, so wird deutlich, zeichnet sich durch ein hohes Maß an sozialer Unsicherheit aus. Sie verweist auf Prozesse des Abgeschnittenseins von sozialen Entwicklungen bei Weiterbestehen einer sozialen Grundversorgung [vgl. BÖHNISCH 1994, S. 193].

Die psychosoziale Dimension dieses Prozesses kann als »mangelnde soziale Geborgenheit« [a. a. O., S. 193] analysiert werden, die, so scheint es, vor allem dort überwunden wird, wo die Entstehung neuer Formen von Gemeinschaft möglich ist. Denn hier entstehen für diese Betroffenen Vertrauens- und Anregungsmilieus, in denen sie akzeptiert und anerkannt werden, und aus denen heraus auch die Impulse für einen veränderten Umgang mit dem Hilfesystem und den gesellschaftlichen Zumutungen an Normalität entstehen. Es sind jedoch vor allem die Großstädte mit ihrem mediatisierten Alltag und gut ausge-

bauter ambulanter medizinischer und psychosozialer Infrastruktur, in denen sich eine »ambulante Szene als intermediärer Bereich zwischen Klinik und Gemeinde« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 18] herausbilden konnte. Hierin spiegeln sich unserer Meinung nach subjektive Bewältigungsmuster einer von Randständigkeit betroffenen Gruppe wider, die angesichts von Prozessen der Enthospitalisierung, Individualisierung und Pluralisierung sozialen Anschluss und Integration sucht. Im Zusammenhang mit der »Generation ›poststationärer‹ chronischer Patienten« [ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 18] und ihren veränderten Lebensbedingungen greifen wir jedoch nicht auf die Begrifflichkeit des »Lebensstils« als Ausdruck der Chance neuer Lebensbedingungen für diesen Personenkreis [vgl. ZAUMSEIL, LEFERINK 1997, S. 18] zurück, sondern bevorzugen demgegenüber den Milieubegriff. In neueren soziologisch orientierten Milieuanalysen werden Milieus als soziokulturelle Gebilde definiert, resultierend aus bestimmten objektiven Lagen, die mit bestimmten subjektiven Orientierungen und Werthaltungen korrespondieren. Für Milieus konstitutiv sind ähnliche Lebenslagen und Lebensstile, die ein spezifisches Werte- und Normensystem hervorbringen [HRADIL 1992].

Die milieuspezifischen Existenzformen in ihren sozialräumlichen Zusammenhängen und ihren sozialemotionalen Bedeutungen und Funktionen werden in der folgenden Analyse deutlich:

»Milieu ist ein alltagsstrukturiertes Konstrukt, mit dem vor dem Hintergrund der postmodernen Individualisierungsprozesse ein Zugang zur Neuformierung sozialintegrativer Prozesse aus der lebensweltlichen Subjektperspektive her erschlossen werden kann (...). Der Milieubegriff verweist auf das Angewiesensein auf emotional strukturierte sozialräumliche (lokale) Gemeinschaftsgebilde bzw. Gegenseitigkeitsstrukturen, während der Begriff Lebensstil den sozialräumlich relativ unabhängigen selbstorganisierten Modus rationaler Lebensführung meint, der sich an räumlich-übergreifenden Funktionen und Rollen, Mobilitäten und raumunabhängigen kulturellen Gemeinsamkeiten orientiert. Die Organisation und Reproduktion von Lebensstilen verlangt ›kulturelles Kapital‹ [vgl. BOURDIEU 1989] im Sinne von Bildung und sozialkultureller Kompetenz in der Inszenierung der Persönlichkeit und der Kommunikation mit anderen. Über dieses kulturelle Kapital kann ein Großteil der Klientel der Sozialpädagogik und Sozialarbeit eben nicht verfügen. Sie sind vielmehr auf sozialräumliche Gemeinschaft angewiesen, von der Emotionalität des lokalen Alltags in Spontaneität, Pragmatik und ein- und ausgrenzender (ethnozentrischer) Typik beherrscht.« [BÖHNISCH 1994, S. 214]

In den Interviews im Großstadtbereich wurde eher implizit auf Milieubildung verwiesen. Dabei schien uns jedoch, dass die Generation der Sozialarbeiter, die wesentlich durch die Reformära geprägt wurde und für die soziale Integration und sozialstaatliche Sicherung der psychisch Kranken den ideellen Hintergrund ihres alltäglichen Handelns bilden, sich mit den Existenzformen und Lebensvorstellungen der ambulanten »Szene« schwer tut und sie vor allem den desintegrativen Charakter dieses Milieus betonen:

»Wir haben vermehrte Randständigkeit, das muss man einfach festhalten (...). Wir haben hier Klienten, die mit Sicherheit woanders auf einer Langzeitstation sitzen, ich denke, es gibt in der Großstadt mehr angeschwemmte Randständigkeit. Was wir hier mehr haben: Alleinstehende signifikant mehr als auf dem Land, mehr Sozialhilfeempfänger als auf dem Land, mehr Menschen, die isoliert sind und nur noch Kontakt zu uns haben. Es gibt ja verschiedene Viertel, in X, da treffen wir auch auf Enge und soziale Kontrolle der Familie, aber dann in Y, da trifft man

auf die klassische großstädtische Klientel, die körperlich kaputt ist, wo Alkohol eine Rolle spielt, Formen der Kleinkriminalität und lange psychiatrische Karrieren. Aber das ist nicht so ein Makel wie auf dem Dorf, weil da viele leben, die Probleme haben. Ganz entscheidend scheint zu sein, dass wir keine gelebte Solidarität unter den Randständigen haben, sondern Überlebensstrategien, jeder hat mit einer Institution zu tun, man kann zwar Unterschupf finden, die Toleranzgrenzen sind einfach größer, aber man wird auch wieder weggeschickt, wenn es nicht mehr passt. Es gibt zwar mehr Toleranz, aber auch Zweckbündnisse wegen Geld.« [A2:210]

Deutlich wird in diesem Interviewauszug, dass den städtischen randständigen Milieus eher desintegrierende Wirkung zugeschrieben wird, während z. B. die sozioemotionalen Bezüge hierbei nicht gesehen werden können. Darüber hinaus begegnen wir hier der im Übrigen häufig vertretenen These der schwierigeren städtischen Klientel. Bezogen auf die ländlichen Lebensverhältnisse ist festzuhalten, dass die Randständigkeit der dort lebenden psychisch Kranken in den Interviews immer wieder deutlich wurde, jedoch »soziale Probleme auf dem Land weniger deutlich sichtbar (sind) und selten in »spektakulären« Formen (auftreten) wie dies in Städten häufiger der Fall ist« [GÄNGLER, STEIN 1990, S. 174].

Dadurch, dass Problemlagen im ländlichen Raum eher verschwiegen werden und damit auch verdeckter sind, »gekoppelt mit der (sozial-)politischen Zumutung, diese »irgendwie« – privat, im familiären oder nachbarschaftlichen Zusammenhang – zu »lösen« [FUNK u. a. 1993, S. 163], stellt das dörfliche Milieu auch andere Handlungsspielräume für die Betroffenen bereit als etwa in der Großstadt. Bezogen auf die Lebenssituation der Klientel im ländlichen Raum stellen sich diese Bedingungen äußerst ambivalent dar. Eine umfassendere basale Unterstützung und Alimentierung durch die Familie korrespondiert häufig mit dem Insistieren auf Mustern dörflicher Normalität: Wenn er/sie arbeiten würde, wenn er/sie eine Familie hätte, dann, so die Annahme, wäre alles besser; eine Haltung, die sich auf die Lebensbedingungen der Betroffenen häufig fatal und auch desintegrierend auswirkt. Hierzu ein Interviewauszug:

»Bei uns sind die Leute häufiger dazu verdammt, sich persönlich zu reduzieren als in den Städten. Das wird deutlich an den Klienten, die zu Hause sitzen und immer mehr abbauen, die kein Dreh haben, herauszugehen und wenn sie rausgehen, wenig Möglichkeiten haben. Ich mache nebenbei Beratung an der Bauernschule, da krieg ich viel mit, da ändert sich massiv was. Bis vor 20 Jahren haben viele von der Landwirtschaft gelebt auch z. T. mit Nebenerwerb. Innerhalb der Selbstversorgung konnte auch der psychisch Kranke irgendwie gebraucht werden. Mittlerweile ist das ein tägliches Sterben, gibt es die Höfe nicht mehr und keine Aufgaben für die Betroffenen. In der Stadt gab es dieses Versorgungssystem nicht, da hat sich so eine Komplementärstruktur entwickelt, Tagesstätten und so. Das Land bietet weder das ehemalige System noch Komplementärsystem, wir haben gar nichts, diese heile Welt Land wird zunehmend für die psychisch Kranken zu einer Hölle, mehr als das in der Stadt der Fall ist.« [G3:350].

Und dort, wo versucht wird, in regionalen Zusammenhängen z. B. Gruppenangebote zu unterbreiten, sind die Sozialarbeiter auch häufig mit divergierenden Vorstellungen der Angehörigen zu Hilfemaßnahmen konfrontiert:

»Auf dem Land erleb ich das recht krass, bin oft erschrocken über die Einstellung, größtes Anliegen ist immer der Kerle muss arbeiten. Wenn wir gesagt haben, Kontaktangebote, Gruppenangebote, das wollen die z. T. nicht hören: Ja was, der soll zum Kaffee kommen? heißt es dann, »der soll arbeiten und Geld verdienen.« [D4:93]

Dörfliches Prestige korreliert in hohem Maße mit Berufsstatus [vgl. BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 205], und daher erscheinen Angebote, die Ersatz für mangelnde soziale Integration durch Arbeit (z. B. Gruppentreff oder Kontaktcafé) bieten sollen, in den Augen der Angehörigen das »abweichende« Verhalten ihres Familienmitgliedes eher zu verdoppeln als dass sie als Hilfe angesehen werden können. Auch Werkstätten, die es in einigen Oberzentren des ländlichen Raumes gibt, werden z. T. nicht als Hilfe akzeptiert:

»Es ist halt so, dass die Definition ich bin was wert über die Arbeit läuft, das ist im Schwäbischen noch etwas stärker als sonst. Und das Gefühl, wenn ich wieder Arbeit habe, bin ich auch gesund, alles orientiert sich an Arbeit. Keine Arbeit zu haben ist peinlich. Manchmal denk ich, das ist hier noch schlimmer als psychische Krankheit, nicht zu arbeiten, in größeren Orten hat sich das etwas gelockert. In meinem Bereich gibt es einen großen Betrieb für psychisch Kranke, da wird ganz ordentlich gearbeitet, das wird als Arbeit akzeptiert. Das ist ja auch so, wenn man jeden Tag aus dem Haus ist und bissle Geld heimbringt, da ist ein Kriterium in der Familie. Man muss auch sehen, das ist für viele die einzige Möglichkeit, das ist eine Trainingsmaßnahme, die wird vom Arbeitsamt bis zu zwei Jahren gefördert (...). Wobei bei den WFBS (Werkstätten für Behinderte – d. Verf.) das von den Angehörigen schon so empfunden wird, dass es eine Stigmatisierung ist. Das ist häufig die Endstation, da kommt man nicht mehr heraus.« [G1 : 330]

In der Landstudie von CHASSÉ [1996] wird deutlich, dass Arbeitsamkeit als Deutungsmuster in der dörflichen Lebenswelt trotz enormen sozialen Wandels in den vergangenen Jahrzehnten eine wesentliche Rolle spielt: »Arbeitsamkeit ließ sich im Verlauf des fallübergreifenden Vergleichs der Interviews als der gemeinsame Kernbegriff aller Interviews bestimmen, als der Fokus von persönlicher Integrität und sozialer Integration. Arbeitsamkeit tritt so als gemeinsames, als verbindendes Muster hervor, das den Hintergrund der Interviews darstellt und die Deutungen und Handlungen der einzelnen strukturiert. Arbeitsamkeit ist die übergreifende Anforderung, womit sich der einzelne auseinander setzen muss und für die er eine spezifische Lösungsform finden muß, die zugleich sozial akzeptabel ist.« [CHASSÉ 1996, S. 325]

Lebensweltliche Einbindung und soziale Akzeptanz sind im ländlichen Raum wesentlich an Arbeitsamkeit gebunden. Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug bedeuten eine Infragestellung dieser Arbeitsamkeit, sie bergen auf Seiten der Betroffenen die Gefahr des Verlustes persönlicher Identität und gesellschaftlicher Kohäsion [vgl. CHASSÉ 1996, S. 323].

Während jedoch in dem mediatisierten Alltag der Großstädte sich randständige Szenen und Milieus mit gemeinsamen Orientierungen und Praktiken herausgebildet haben, an denen sich die psychisch Kranken orientieren [vgl. ZAUMSEIL 1997], und auch die Vielfalt der Institutionen psychosozialer Versorgung lebensweltliche Einbindung – wenn auch im ambulanten Ghetto – tendenziell ermöglicht, stellt sich die Situation für die Betroffenen im ländlichen Raum als besonders prekär dar. Wenn auch, wie Zaumseil konstatiert, »von einer gemeinsamen Identitätspolitik« [ZAUMSEIL 1997, S. 188] der großstädtischen Klientel noch nicht geredet werden kann, so zeichnete sich für uns jedoch deutlich ab, dass Mechanismen des Verdeckens in ländlichen Regionen, der »Verdeckungszusammenhang« [FUNK u. a. 1993], spezifische Muster hervorbringen, die es den Betroffenen schwer machten, soziale und personale Identität trotz chronischer psychischer Krankheit zu erlangen. Diese Muster drücken sich z. B. aus in dem Verschweigen von Problemen, dem Ausgrenzen von Konflikten, spezifischen Formen ländlicher Sozialkontrolle oder auch

Mustern dörflicher Normalität [vgl. a. a. O., 1993, S. 163], häufig fehlen den Betroffenen auch Unterstützungszusammenhänge.

Sozialpsychiatrische Arbeit in ländlichen Regionen ist aufgrund dessen sehr viel stärker in dyadischen Arbeitsbezügen gefangen, und die Überwindung des dyadischen Prinzips bedeutet enorme Anstrengung.

Insgesamt stehen die Sozialpsychiatrischen Dienste in ihrer Arbeit vor einem doppelten Dilemma: Einerseits müssen sie auf die veränderten Ansprüche ihrer jüngeren Klientel Bezug nehmen, sie akzeptieren und anerkennen, andererseits können sie »nicht wie selbstverständlich und gewohnt (in Zeiten der Reformära – d. Verf.) als sozialintegrative Mittler und Makler des Sozialstaates auftreten, das wohlfahrtliche Integrationsmodell, in dem sie agierten, ist brüchig geworden, hat seine professionelle Verlässlichkeit eingebüßt« [BÖHNISCH 1994, S. 164].

Derzeit zeichnet sich in der Fachdiskussion eine Tendenz ab, Patienten psychiatrischer Einrichtungen als »Kunden« und »Nutzer« einer Dienstleistung zu analysieren. Unter den veränderten Bedingungen sozialer Kontrolle außerhalb der Klinik und vor dem Kontext »der Optimierung der Sozialisationskosten« [LOCHMANN, STOLZ 1995, S. 10] erscheint die Nutzerkontrolle der Betroffenen unabdingbar: »Der Patient muß – ökonomisch und funktional gesehen – mitmachen.« [a. a. O., S. 10] Gefragt ist somit in Anlehnung an Bewegungen in den USA der »souveräne Nutzer« oder auch Beschwerdeführer. Allerdings gehen auch wir davon aus, dass es im psychosozialen Bereich »keinen Markt von Möglichkeiten (gibt) und es besteht ein Zwang, ein bestimmtes Angebot zu nutzen (z. B. eine Aufnahmestation)« [ZAUMSEIL 1997, S. 191].

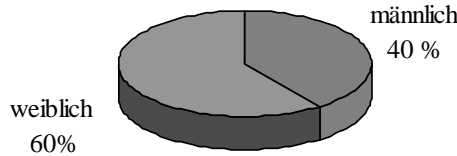
In einer in England durchgeführten Untersuchung wird deutlich davor gewarnt, so zu tun, als wären psychisch Kranke per se autonome Nutzer, die selbstbestimmt Hilfeleistungen wählen und abwählen [vgl. ZAUMSEIL 1997, S. 191]. Auch hiesige Erfahrungen mit einer Beschwerdekommision für Psychiatrie-Patienten im Landkreis Esslingen zeigen, dass die sogenannten Nutzer nur in geringer Zahl in der Beschwerdekommision vertreten waren [WIDMAIER-BERTHOLD u. a. 1998, S. 28 ff.].

Für uns stellt sich hierbei die Frage, ob die angestrebte Partizipation der Betroffenen sich somit auf die Interaktion in formalisierten Zusammenhängen »erschöpft«. Darüber hinaus besteht unserer Meinung nach bei solchen Konzepten die Gefahr, dass zu stark auf persönliches Wollen und soziale Fähigkeiten der Betroffenen vertraut wird, ohne zu berücksichtigen, welche kulturellen, ökonomischen und sozialen Bedingungen z. B. verhindern, dass die chronisch psychisch Kranken souveräne Nutzer und Interessenvertreter in eigener Sache sein können.

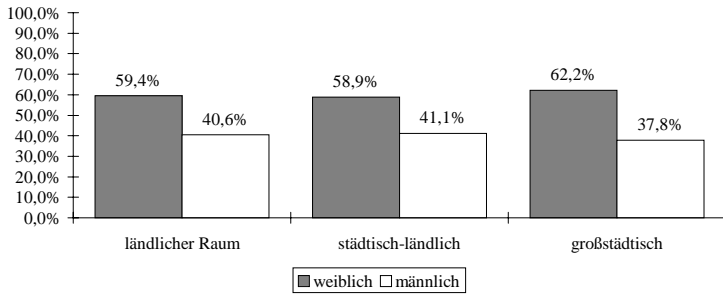
Wir gehen davon aus, dass das sozialpädagogische Konzept des »gelingenderen« Alltags [THIERSCH] bei der Betreuung dieser Betroffenen an Aktualität nicht eingebüßt hat. Standen jedoch hierbei der Idee nach noch die Überwindung der Bornierungen und Einschränkungen des Alltags im Vordergrund, so scheinen sich nunmehr Verlässlichkeit, Sicherheit und Partizipation als weitere Dimensionen eines »gelingenderen« Alltags angesichts von Individualisierung, Pluralisierung und Freisetzungsprozessen und ihrer psychosozialen Folgen abzuzeichnen.

3.3.2 Geschlechtszugehörigkeit

Zu allen drei Erhebungszeitpunkten ergibt sich eine nahezu identische Geschlechtsverteilung der längerfristig betreuten Klienten: Insgesamt betrachtet liegt der Anteil der weiblichen Klientel jeweils um etwa 20 % höher als der der männlichen (s. Grafik 16). Bei der Differenzierung der Dienste hinsichtlich der Dauer ihrer Tätigkeit sowie ihrer regionalen Lage ändert sich dieses Verhältnis zwischen betreuten Frauen und Männern nicht wesentlich (s. Grafik 17).



Grafik 16: Geschlechtsverteilung; N = 65 (N = 7978)



Grafik 17: Geschlechtsverteilung, differenziert nach Gebietsstruktur; N = 65 (N = 7978)

Die epidemiologischen Studien konstatierten in der Regel bei Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Prävalenzrate bei psychischen Erkrankungen. Nach Diagnosen aufgeschlüsselt zeigen sich allerdings bezogen auf Psychosen »insgesamt keine konsistenten Geschlechtsunterschiede« [BÖHM 1987, S. 84]. »Die eine große Unterform der Schizophrenie kommt gleich häufig bei Männern und Frauen vor (in 27 von 35 Studien), die andere große Unterform, die affektiven Psychosen, finden sich häufiger bei Frauen (in 29 von 33 Studien). Bei Neurosen liegen die Raten für Frauen konsistent höher (in 46 der 57 Studien) während bei den Persönlichkeitsstörungen durchweg die Männer häufiger vertreten sind (in 42 der 57 Studien).« [a. a. O., S. 84] Das epidemiologische Bild zeigt somit deutlich, daß bei den psychotischen Störungen eine relative Ausgewogenheit besteht, während bei den neurotischen Erkrankungen ein Frauenübergewicht zu verzeichnen ist. Für psychische Erkrankungen insgesamt wird jedoch deutlich, dass die »geschlechtsspezifischen Gesamtmorbiditätsraten in einigen ganz neuen Studien in Europa und Nordamerika nicht mehr in der Ausprägung vorzuliegen scheinen. In der ECA-Studie lagen die Morbiditätsraten für Frauen mit 16,6 % relativ gering über den Morbiditätsraten für Männer (14,0 %)« [FICHTER 1990, S. 71].

In der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung lag in den 70er Jahren die Morbiditätsrate für Frauen (21,3 %) noch beträchtlich höher als die für Männer (15,1 %). Im selben Landkreis waren diese Unterschiede in den 80er Jahren geringer ausgeprägt (Frauen 21 %, Männer 20,1 %)« [FICHTER 1990, S. 71]. Dabei bildeten sich bei den Männern »sehr viel höhere Morbiditätsraten für Alkoholismus und (bei) Frauen deutlich höhere Morbiditätsraten für affektive Erkrankungen und Angstsyndrome« [a. a. O., S. 71]. Die Erkrankungs-raten scheinen sich somit anzunähern. Bezogen auf psychotische Erkrankungen lassen sich demnach vor allem Unterschiede bezüglich depressiver Symptomatik ausmachen, die bei Frauen häufiger diagnostiziert wird.

Erhebliche Unterschiede zeigen sich jedoch im Hinblick auf das Erkrankungsalter: »Für die schizophrenen Patienten der Sozialpsychiatrischen Dienste gilt wie für Schizophrenie i. a., daß Frauen im Durchschnitt erst in einem höheren Alter erkranken.« [RÖSSLER u. a. 1993, S. 106 ff.] Bei Männern scheint demgegenüber durchschnittlich im Alter von 25 Jahren ein erhebliches Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, zu bestehen. Insgesamt ist die Schizophrenie jedoch eine Krankheit des jungen Erwachsenenalters. Bisherige Untersuchungen zum Schizophrenieverlauf konstatierten nicht nur einen früheren Erkrankungsbeginn der Männer, sondern auch einen ungünstigeren Verlauf bei ihnen. Die geschlechtsspezifischen Verläufe werden in einer neueren Untersuchung relativiert [MAURER 1995]. Anhand der Analyse dänischer Falldaten kommt MAURER zu dem Schluss, dass vor allem auch diagnostische Konzepte auf die Verlaufsanalysen einwirken. So scheinen Männer wohl häufiger den schwerwiegenden schizophrenen Störungen zugeordnet zu werden, während Frauen »gehäuft dem weniger schwerwiegend schizophrenen Rand zugehören« [MAURER 1995, S. 232].

In einer Untersuchung aus Österreich wird ebenfalls deutlich, dass in ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen Frauen etwas überwiegen, während z. B. betreute Wohnungsangebote von Männern wesentlich stärker genutzt werden: »Das etwas höhere Erkrankungsalter und bessere soziale Anpassungsleistungen tragen zu einem besseren Behandlungsergebnis weiblicher Patienten bei und führen so zu einer geringeren Inanspruchnahme betreuter Wohnangebote.« [HALBFELLNER, RITTMANNBERGER 1995, S. 148] Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich auch bei Zwangseinweisungen feststellen: So sind junge Männer und alte Frauen am stärksten von Zwangseinweisung betroffen [BRUNS 1993].

Bei den Altersverteilungen der psychischen Störungen insgesamt werden folgende geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich: Psychische und psychosomatische Diagnosen werden häufig im mittleren Alter der Frauen gestellt. Im Lebensalter zwischen 40 und 55 Jahren »liegen die Raten für seelische Störungen bei Frauen so hoch wie in keiner anderen Altersstufe (...) das heißt für Frauen in einer Zeit, in der gewöhnlich die Kinder das Haus verlassen, die Berufstätigkeit und die Doppel- bzw. Dreifachbelastung ihre Folgen zu zeigen beginnt, oder eine Berufstätigkeit nach familiär bedingter Pause schwer wieder aufzunehmen ist« [BÖHM 1987, S. 76].

Demgegenüber zeigt sich bei Männern, dass hier die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu leiden, im Alter zwischen 30 und 40 Jahren am höchsten ist [a. a. O., S. 76], mithin in einer Lebensphase, in der Fragen der beruflichen Etablierung erheblich sein dürften.

Die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Altersgipfel in der Häufung und dem Auf-

treten psychischer Störungen könnten unserer Meinung nach auf geschlechtsspezifische Belastungsfaktoren unter gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen verweisen. Denn die »identitätsgefährdende Ausschließlichkeit, mit der Männer und Frauen in dieser Gesellschaft zur Übernahme und zur einseitig belastenden Ausführung arbeitsteilig eingeschränkter Verhaltensrepertoires gebracht werden« [SCHNABEL 1988, S. 244] legt die Vermutung nahe, dass sich in den unterschiedlichen Altersgipfeln geschlechtsspezifische Sozialisierungseffekte abbilden.

Ähnliche Effekte vermuten wir auch bei dem insgesamt höheren Anteil der weiblichen Klienten in den Diensten. Psychosoziale Beratungseinrichtungen werden insgesamt sehr viel stärker von Frauen in Anspruch genommen als von Männern. Auch in den Familienberatungsangeboten scheinen Männer »Sekundärbeteiligte« [STRAUS u. a. 1988] zu sein. Studien zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen zeigen insgesamt, dass mehrheitlich erst einmal keine professionelle Hilfe gesucht wird [FICHTER 1990, S. 251]. Frauen scheinen insgesamt eher und früher professionelle Hilfe zu suchen als Männer, und zwar »bevor ihr Funktionieren gefährdet ist und Reaktionen sich abzeichnen, denn Frauen suchten in unserer Studie in einem höheren Prozentsatz bei leichten Störungen im Arbeits- und Sozialbereich, Männer hingegen erst bei ausgeprägten Konsequenzen aufgrund der psychischen Beschwerden professionelle Hilfe, und Männer mußten dann häufiger stationär aufgenommen werden« [FICHTER 1990, S. 251].

In ambulanten medizinischen und psychosozialen Institutionen scheint sich insgesamt ein Übergewicht des Frauenanteils abzuzeichnen [BÖHM 1987, S. 75], auch wenn zwischenzeitlich eine Zunahme der Behandlungstendenz für psychisch kranke Männer konstatiert wird [FICHTER 1991]. Diese in der deutschen Feldstudie gewonnenen Erkenntnisse zeigten darüber hinaus auch auf, dass mehr Männer als Frauen Neuroleptika nehmen, während Antidepressiva und Benzodiazepine häufiger von Frauen eingenommen werden.

In unserer Untersuchung sind wir geschlechtsspezifischen Fragestellungen nicht nachgegangen. Wir vermuten jedoch, dass sich in dem größeren Anteil der Frauen in den Diensten ebenfalls geschlechtsspezifische Sozialisierungseffekte widerspiegeln. Männer scheinen sich eher in fachärztliche Behandlung bei gleichzeitiger Medikamentierung zu begeben.

Auch in der Untersuchung von STRAUS u. a. [1988] wird deutlich, dass in der Familienberatung Männer einen anderen Umgang und eine andere Wahrnehmung von Problemen aufzeigten: Es fiel ihnen weitaus schwerer als den Frauen, Schwierigkeiten zu veröffentlichen und sich auf eine gefühlorientierte Sprache in der Beratung einzulassen [vgl. a. a. O., S. 343]. Die gängige Beratung, so ein Resümee dieser Untersuchung, schafft es bisher wohl nicht, sich mit männlichen Wertvorstellungen auseinander zu setzen, sodass sich die Männer auch nicht als Subjekte in der Beratung erfahren können.

3.3.3 Familienstand und Lebensverhältnisse

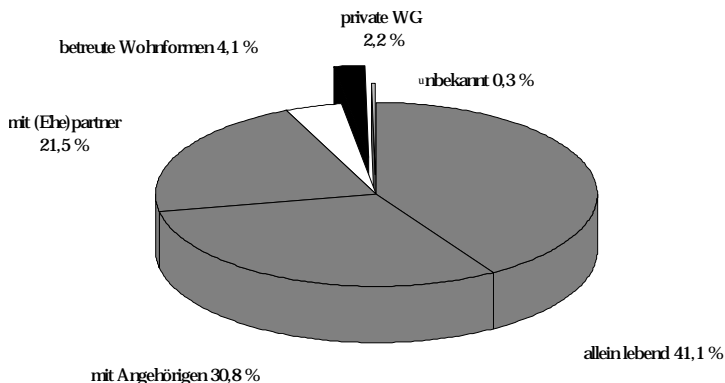
In der dreijährigen Erhebung bildeten sich, bezogen auf den Familienstand der Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste, folgende Konstanten ab (s. Tabelle 8): Etwa die Hälfte der Betroffenen ist ledig, etwa ein Fünftel der Klientel ist verheiratet. Betrachtet man die Tabelle hinsichtlich der verschiedenen Regionaltypen, so zeigen sich hier jedoch Unterschiede: Der prozentuale Anteil der verheirateten Klientel nimmt vom ländlichen Raum über die städtisch-ländlichen zu den großstädtischen Diensten hin ab. Eine umgekehrte

Entwicklung zeichnet sich hingegen bei den Rubriken »verwitwet« und »geschieden« ab; hier findet sich im großstädtischen Raum der jeweils höchste Prozentanteil.

Tabelle 8: Familienstand

Familienstand	Gesamt	Dienste nach Gebietsstruktur		
		ländlicher Raum	städtisch-ländlich	großstädtisch
Ledig	50,3 %	52,0 %	49,3 %	50,3 %
Verheiratet	20,6 %	22,2 %	21,5 %	17,4 %
Verwitwet	9,3 %	8,3 %	8,7 %	11,5 %
Getrennt lebend	3,1 %	3,6 %	3,4 %	2,1 %
Geschieden	15,7 %	13,3 %	16,2 %	17,3 %
Unbekannt	1,0 %	0,6 %	0,9 %	1,4 %
N = 66	8045	2225	3566	2254

Vergleicht man die Ergebnisse der Auswertungen 1988, 1989 und 1990 hinsichtlich der Angaben zu den Lebensverhältnissen des durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten Personenkreises (s. Grafik 18), so wird ersichtlich, dass mit einem Anteil um jeweils 40 % ein großer Teil der längerfristig betreuten Männer und Frauen alleine lebt. Auch die prozentuale Verteilung der übrigen Kategorien bleibt 1990 gegenüber den beiden vorangegangenen Erhebungen nahezu konstant: 21,5 % der psychisch kranken Menschen leben zusammen mit ihrem (Ehe-)Partner oder ihrer (Ehe-)Partnerin und 30,8 % mit ihren Angehörigen; betreute Wohnformen sowie die Rubrik »in privater Wohngemeinschaft lebend« spielen mit 4,1 % bzw. 2,2 % eine untergeordnete Rolle.

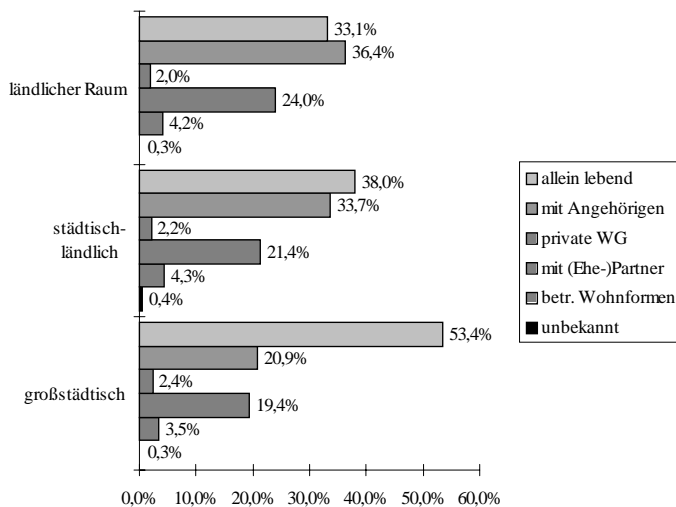


Grafik 18: Lebensverhältnisse; N = 65 (N = 7956)

Aufgeschlüsselt nach Regionaltypen variiert jedoch das Erscheinungsbild (s. Grafik 19): Im ländlichen Raum bilden die Kategorien »mit Angehörigen lebend« und »mit (Ehe-)Partner lebend« die höchsten Einzelausprägungen, erst dann folgt mit 33,1 % die Gruppe der allein Lebenden. Fasst man diese beiden Kategorien zusammen, so wird deutlich, dass im ländlichen Raum über 60 % der Klientel mit Angehörigen oder (Ehe-)Partnern zusammenleben.

Bei den städtisch-ländlichen Diensten erhöht sich der Anteil der allein Lebenden auf 38 %. Dennoch lebt auch in dieser Gebietskategorie etwas mehr als die Hälfte der Klientel (55,1 %) mit Angehörigen oder mit (Ehe-)Partnern. Demgegenüber zeigt sich, dass die Klientel im Großstadtbereich überwiegend alleine lebt und auch der Anteil der Betroffenen, die mit Angehörigen oder (Ehe-)Partnern leben, gegenüber dem ländlichen und städtisch-ländlichen Raum deutlich niedriger ist. Die Dienste im Großstadtbereich betreuen somit mehr allein lebende Klienten.

Vergleicht man hierzu – vor dem Hintergrund der Alterspyramide der Gesamtbevölkerung – die Ergebnisse der Altersverteilung und des Familienstandes, liegt die Vermutung nahe, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste im großstädtischen Raum einen höheren Anteil an älteren, allein stehenden und verwitweten Frauen betreuen, als die Dienste im ländlichen sowie im städtisch-ländlichen Bereich.



Grafik 19: Lebensverhältnisse, differenziert nach Gebietsstruktur; N = 65 (N = 7956)

Während die großstädtischen Dienste stärker mit Prozessen der Isolation ihrer Klientel konfrontiert sind, hat für die ländlichen Dienste das familiäre Umfeld der Betroffenen im Betreuungsprozess eine herausragende Bedeutung. Mit der gemeindenahen Konzeption sozialpsychiatrischer Arbeit wird der Angehörigenarbeit insgesamt eine erhebliche Bedeutung beigemessen, denn in der Regel werden die Betroffenen nach stationären Aufhalten, dort wo familiäre Bindungen bestehen, in die Familien oder zu den (Ehe-)Partnern entlassen. Jedoch erst in jüngster Zeit wird die Lebenssituation von Familien mit

einem an schwerer Psychose erkrankten Familienmitglied nicht ausschließlich aus schuld-zuschreibender Perspektive thematisiert [DÖRNER u. a. 1986]. Die Ratlosigkeit, Schuld- und Schamgefühle [SCHULTE-WINTROP 1994] der Familienmitglieder, ihre soziale Isolation und ihre materiellen Belastungen spielen gerade in den sozialpsychiatrischen Konzepten der Angehörigenarbeit eine große Rolle. Sie unterscheiden sich damit auch von den psychotherapeutischen Interventionen, in denen z. B. das Familienklima Gegenstand des Handelns ist. In sozialpädagogischer Beratung wird versucht, unabhängig von dem erkrankten Familienmitglied, einen Zugang zu den Angehörigen zu finden, damit sie ihre Belastungen und Ängste thematisieren können und ihnen Schuldgefühle genommen werden.

Die Analysen von der Familie als »repressive Sozialisationsagentur« [COOPER 1972] sowie die verkürzte Adaption kommunikationstheoretischer Ansätze desavouierte die Familie, speziell die Mütter, als Täter im Prozess psychischer Störungen. Darüber hinaus führten die Schuldzuweisungen an die Eltern auch fast vollständig zu deren Ausblendung im Behandlungsprozess, allenfalls wurde ihnen eine Informantenrolle über die Ätiologie der Störung eingeräumt [vgl. HESS-DIEBÄCKER 1989, S. 120]. Erleichtert wurde diese Haltung »durch den fehlenden sozialen Bezug der traditionellen Psychiatrie, ihre fehlende ›Gemeindenähe‹« [a. a. O., S. 120].

In der Angehörigenarbeit städtischer wie ländlicher Dienste geht es vor allem auch darum, die Angehörigen aus ihrem Objektstatus zu befreien, sie dazu zu animieren, nach oft jahrelanger »Privatisierung« psychischer Krankheit und ihrer familiendynamischen und ökonomischen Auswirkungen, wieder »auf sich selbst zu gucken«. Hierzu folgender Interviewausschnitt aus dem Großstadtbereich:

»Es ist einfach wichtig, dass die Angehörigen aus dem Schatten der Double-Bind-Theorie heraustraten, die sind versaut worden. Ich denke, es ist ungeheuer wichtig, dass Angehörige öffentlicher auftreten, weil dadurch wieder mehr Angehörige die Angst genommen bekommen, einfach herauszutreten und zu sagen: ›Bei allen Schwierigkeiten, die in der Familie sind, auch im Hinblick auf die Verursachung, mir geht es schlecht im Umgang mit meinem Sohn oder Tochter.‹ Der Effekt der Angehörigenarbeit ist hauptsächlich, dass Angehörige wieder lernen, auf sich zu gucken, dass sie auch Bedürfnisse haben, das Recht auf Bedürfnisse. Das hat was Doppeltes; für sich und auch für die Kranken, da können die Eltern mehr loslassen, mehr Verantwortung delegieren.« [A2:310]

Gleiches gilt auch für die Angehörigenarbeit im ländlichen Raum, allerdings gestaltet sich die Angehörigenarbeit hier sehr viel schwieriger und benötigt mehr Anlaufzeit, weil es den Betroffenen, Eltern und (Ehe-)Partnern sehr schwer fällt, ihre Problemlagen vor möglicherweise weiteren Familien aus dem Ort und der näheren Umgebung zu veröffentlichen. Eine Sozialarbeiterin, der es nach jahrelanger »Vertrauensarbeit« gelang, eine Angehörigengruppe mit aufzubauen, berichtete von der hohen Schwelle, die dort zu überwinden war:

»Die erste Frage, wenn ich eingeladen habe zur Angehörigengruppe war: ›Kommt auch jemand aus dem Dorf, kenn ich den?‹, wenn Anonymität da ist, ist das schon einfacher.« [F3:210] (...)
 »Viele wissen ja um das Getratsche, das ist immer heikel und dann kommt jemand, den sie kennen. Das war in einem Fall auf der Kippe, da kam ein Ehepaar und die kannten einige aus der Gruppe. Die haben sich gesehen und wollten gleich wieder raus, blieben aber dann, das war ihnen nicht leicht. Wenn die dann aber dabei sind, dann bleiben die auch langfristig.« [F3:290]

Angehörige sind wesentliche Stützen im Alltag der psychisch Kranken, auch wenn die Ambivalenz dieser Hilfe nicht übersehen werden darf. Die Abpufferung prekärer Lebenssituationen durch familiäre Hilfe wurde auch bei der finanziellen Situation der chronisch psychisch Kranken deutlich.

3.3.4 Finanzielle Situation

Der Vergleich der drei Erhebungen zeigt ein relativ konstantes Bild in der prozentualen Verteilung der Einnahmequellen der längerfristig betreuten Klienten.

Aus Tabelle 9 wird deutlich, dass mit 16,6 % insgesamt nur ein geringer Teil des längerfristig betreuten Personenkreises erwerbstätig ist. Durch ihre Familien oder ihre(n) (Ehe-) Partner(in) werden 18,5 % der psychisch Kranken finanziell unterstützt. Etwa ein Drittel der durch die Dienste betreuten Männer und Frauen erhält eine Rente oder eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger liegt bei insgesamt 14,7 %. Die übrigen Kategorien spielen als Einnahmequellen eine eher untergeordnete Rolle.

Somit kann festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrheit der längerfristig betreuten psychisch kranken Menschen aus dem Erwerbsleben herausgefallen ist. Zusammen mit dem – im Vergleich zum Landesdurchschnitt von 3,8 % (1990) – sehr hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern ergibt sich hier ein deutlicher Hinweis auf die eher prekäre finanzielle Lage eines Großteils der betroffenen Personen. Daneben zeigt sich hier die schon durch die finanziellen Bedingungen stark eingeschränkte Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung für die Klientel. In dieselbe Richtung weist der Anteil von 18,5 % an betroffenen Männern und Frauen, die von ihren (Ehe-)Partnern oder ihrer Familie finanziell abhängig sind.

Die regional differenzierte Auswertung zeigt eine Abnahme des Anteils an erwerbstätigen Personen vom ländlichen über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Raum. Möglicherweise wirkt sich hier als ein Einflussfaktor der größere Anteil an betreuten Personen in einem höheren Lebensalter im großstädtischen Raum aus. Für diese Vermutung spricht auch die Zunahme des Anteils an Renteneempfängern von 11,6 % bzw. 11,9 % bei den Diensten im ländlichen sowie im städtisch-ländlichen Raum auf 16,2 % bei den großstädtischen Diensten. Durch ihre Familien oder (Ehe-)Partner werden im ländlichen Raum 20,9 % der über einen längeren Zeitraum betreuten Personen unterstützt; in der städtisch-ländlichen Region trifft dies für 20,1 % der Betroffenen zu, während sich dieser Anteil im großstädtischen Raum auf 13,8 % verringert. Eine gegensätzliche Entwicklung zeigt sich bei dem Anteil der Sozialhilfeempfänger: Hier nimmt der prozentuale Anteil unter der Klientel vom ländlichen über den städtisch-ländlichen zum großstädtischen Bereich zu. Die großstädtischen Dienste weisen einen 8,0 % bzw. 7,4 % höheren Anteil an dieser Kategorie auf, als die Dienste in den übrigen Gebietskategorien.

Tabelle 9: Finanzielle Situation

Unterhalt	Gesamt	Dienste nach Gebietsstruktur		
		ländlicher Raum	städtisch-ländlich	großstädtisch
Durch Erwerbstätigkeit	16,6 %	18,2 %	17,9 %	12,8 %
Gelegenheitsarbeit	1,2 %	0,7 %	1,6 %	1,1 %
Durch Familie	8,5 %	8,5 %	9,2 %	7,4 %
Durch Ehepartner	10,0 %	12,4 %	10,9 %	6,4 %
Arbeitslosengeld	2,9 %	3,2 %	2,7 %	2,9 %
Arbeitslosenhilfe	3,0 %	3,2 %	2,8 %	3,0 %
Krankengeld	3,7 %	3,8 %	4,1 %	3,1 %
Rente	13,0 %	11,6 %	11,9 %	16,2 %
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	22,9 %	23,2 %	22,0 %	24,0 %
Sozialhilfe	14,7 %	12,2 %	12,8 %	20,2 %
Sonstiges	2,2 %	1,8 %	2,5 %	2,0 %
Unbekannt	1,2 %	1,3 %	1,5 %	0,8 %
N = 66	8045	2225	3566	2254

3.3.5 Resümee

Der Vergleich der drei aufeinander folgenden Auswertungen der Jahresberichte der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg lässt die sozio-demographischen Charakteristika der durch sie längerfristig betreuten psychisch kranken Menschen deutlich hervortreten. Es hat sich gezeigt, dass im Hinblick auf die Kriterien Geschlecht, Alter, Familienstand, Lebensverhältnisse und finanzielle Situation nahezu konstante Merkmalsausprägungen in den einzelnen Auswertungen vorliegen; somit können bestimmte Kennzeichen als typisch für den hier betreuten Personenkreis erachtet werden.

Resümierend lässt sich festhalten, dass etwa zwei Drittel der betroffenen Personen Frauen sind, jeweils über die Hälfte der psychisch erkrankten Menschen, die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste längerfristig betreut werden, ein Lebensalter über 40 Jahre erreicht hat und weniger als ein Viertel verheiratet ist. Ein großer Teil der Klientel (ca. 40 %) lebt alleine. Die finanzielle Lage der psychisch kranken Männer und Frauen ist eher als prekär zu charakterisieren: Die überwiegende Mehrheit (über 80 %) der betroffenen Personen ist nicht (mehr) erwerbstätig, und der Anteil der Sozialhilfeempfänger ist mit über 10 % hoch.

Die regional differenzierte Auswertung hat gezeigt, dass die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste im ländlichen bzw. städtisch-ländlichen Raum betreuten Klienten noch eher in familialen Bezügen leben sowie durch ihre Familie und ihre (Ehe-) Partner auch häufiger materiell unterstützt werden als im großstädtischen Bereich.

Die sozio-demographischen Charakteristika der längerfristig betreuten psychisch kranken Menschen spiegeln auch bestimmte Problemlagen wider, die mit einer chronischen psychischen Erkrankung verbunden sind. Zu nennen sind hier vor allem die soziale Isolation der Betroffenen sowie der Verlust des Arbeitsplatzes und die damit verbundene eingeschränkte Möglichkeit einer selbstständigen Lebensführung.

Deutlich wird auch die frühzeitige Berentung dieser Betroffenen. Nach RÖSSLER liegt der Altersgipfel »über allen vorzeitigen Berentungen im 5. und 6. Lebensjahrzehnt«, während sich der »Altersgipfel bei Berentungen Schizophrener bereits im 3. und 4. Lebensjahrzehnt« [RÖSSLER u. a. 1993, S. 22] abzeichnet.

Da die Betroffenen häufig die Anwartschaften für die Leistungen der Sozialversicherungsträger nicht erfüllen, bleibt ihnen nur der Bezug von Sozialhilfe, der wiederum Abklärung von Rentenversicherungsleistungen voraussetzt.

Festgehalten werden kann auch, dass bezogen auf psychisch Kranke »die verschiedenen Leistungsträger der Rehabilitation sich bisher die Verantwortung für die Rehabilitation psychisch Behinderter gegenseitig zugeschoben haben mit dem wechselseitig verwendeten Argument, die Zuständigkeit des jeweils anderen überwiege« [a. a. O., S. 21].

Schizophrenie ist jedoch eine Krankheit des jungen Erwachsenenalters, und so benötigen die Betroffenen über einen langen Zeitraum Hilfestellungen [vgl. a. a. O., S. 43]. In der Untersuchung von RÖSSLER u. a. wird z. B. deutlich, dass bei den Männern in der Altersklasse zwischen 18 und 24 Jahren der Anteil besonders stark ist, »während bezüglich der Anzahl der Frauen eine gleichmäßigere Verteilung über die relevanten Altersklassen vorliegt« [a. a. O., S. 77].

Eingliederungsmaßnahmen haben einen deutlichen Schwerpunkt in Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz, was wiederum dazu führt, dass die finanziellen Verhältnisse offenbart werden müssen. Diese ökonomischen und rechtlichen Grundlagen führen gerade auch im ländlichen Raum dazu, dass Hilfen erst gar nicht in Anspruch genommen und die ökonomischen Folgen der psychischen Erkrankung privat getragen werden. Die insgesamt prekäre Situation dieser Betroffenen wird hierdurch noch verstärkt. Hierzu folgender Interviewauszug:

»Ich weiß ja nicht, wie das in der Stadt ist, aber hier ist es noch häufig so, dass das Prinzip gilt: Wir sorgen für dich so lange es geht, und für den Fall, dass es nicht mehr geht, haben wir einen Bausparvertrag oder Lebensversicherung und ein Äckerle hier und dort. Und dann komme ich mit meinem professionellen Hilfesystem. Das erfordert Offenlegung der finanziellen Verhältnisse: Das und das kassieren wir! Die ärmsten Familien haben sich zum Teil so etwas erspart, die sparen sich was ab und sind dann wütend, wenn sie merken, dass sie alles offen legen müssen, das reicht schon.« [D5: 88]

Aber nicht nur die Vermittlung möglicher, weitergehender professioneller Hilfe trifft im dörflichen Alltag auf Schwierigkeiten, auch die Loslösung aus dem elterlichen Haushalt und der Auszug scheinen hier schwer zu legitimieren und zu vermitteln zu sein:

»Aus dem elterlichen Haushalt auszuziehen, das finden die Leute hier sehr seltsam, wenn doch X Räume dort vorhanden sind. Das kann man kaum vermitteln. Wenn jemand auszieht, dann

müsste der wohl den Ort wechseln, aber im Dorf ist das seltsam. Und dann: Wer nimmt denn die psychisch Kranken als Untermieter auf? Häufig liegen doch auch bestimmte Erfahrungen vor, weil es Schwierigkeiten im Umgang gegeben hat oder weil er sich mit etlichen angelegt hat.« [D3:110]

Der Verbleib in familialen Bezügen ist für die ambulanten Sozialpsychiatrischen Dienste ambivalent: Einerseits bieten die Familien für die Betroffenen Rückhalt und stabile Versorgungsstrukturen, andererseits erschwert dies auch den Zugang zu ihnen.

»Man muss einfach sehen, dass wir es mit Familien zu tun haben. Wir haben versucht, die Versorgung der Betroffenen und der Angehörigen bisschen zu trennen. Für den Kontakt ist es nicht immer günstig, wenn die ganze Familie da ist. Aber das geht nicht immer so. Wenn man dann ins Haus kommt dann leben die ja da zusammen. Da ist auch manchmal schwierig, wenn man mit einzelnen nicht richtig reden kann. Aber wenn das Chaos von zwei Seiten da ist, muss man sich was einfallen lassen.« [B3:52]

Deutlich wird hierbei, dass die dyadische Beziehung, von FLICK [1989] als wichtige Voraussetzung für die Vertrauensbildung in sozialpsychiatrischer Beratung analysiert, hier sehr viel schwerer zu realisieren ist, als etwa bei allein lebenden Klienten. Das Wohnen bei Verwandten als spezifisch »dörfliche Ressource« zeichnet sich ebenfalls ab [CHASSÉ 1996, S. 224]. Auf die unterschiedlichen Bedingungen, die sich dadurch in der Fall- und Feldarbeit ergeben, gehen wir im Folgenden ein.

3.4 Fallarbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst

Sozialpsychiatrische Dienste als Teil institutionalisierter psychosozialer Versorgung stehen in ihrem Arbeitsalltag vor der Bewältigung komplexer Aufgaben. Laut Förderungsrichtlinien sollen sie vor allem für diejenigen Betroffenen zuständig sein, die von sich aus über keine hinreichenden Selbsthilfekräfte verfügen und eher dem »Segment« der Elendsklientel zugeordnet werden; mithin überwiegt im förderungstechnischen Jargon die Defizitperspektive.

Im sozialpsychiatrischen Sinn wird demgegenüber auf die verbliebenen Fähigkeiten fokussiert, wonach Rehabilitation einen Prozess bezeichnet, der von psychischer Krankheit Betroffene befähigen soll, »in einem soweit als möglich normalen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen« [KUNZE u. a. 1995, S. 454].

In der alltäglichen Praxis der Sozialpsychiatrischen Dienste geht es einerseits darum, Fähigkeiten und Stärken der Klienten herauszufinden, unterstützend und fördernd zu wirken, andererseits jedoch auch die krankheitsbedingten Einbußen der Betroffenen zu erkennen, um möglicher Überforderung im Hilfeprozess entgegenzuwirken.

Institutionsanalytisch handelt es sich bei den Sozialpsychiatrischen Diensten um Einrichtungen, deren institutionelle Wirklichkeit Analogien zu der so genannten »paradoxen Institutionalisierung« [GILDEMEISTER 1989, S. 428] aufweist.

Sie müssen sowohl »ein Kommunikationsfeld mit lebensweltlicher Qualität bereitstellen« [a. a. O., S. 428], als auch den institutionalisierten Erwartungen formaler Organisationen entsprechen, etwa in den Regelmäßigkeiten alltäglicher Abläufe oder auch der Definition von Problemsituationen.

Aufgrund des erodierten Alltags der Adressaten der Hilfe können sie nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass sie es in der alltäglichen Arbeit mit Interaktionsprozessen zu tun haben »wie sie für Normalformen gesellschaftlicher Situationen gelten« [GILDEMEISTER 1989, S. 428], da die Handlungsfähigkeit der Betroffenen krankheitsbedingt Einschränkungen aufweist.

Qua Organisation einen Ort zu schaffen, an dem auf den Alltag der Klienten und ihre Lebenswelt Bezug genommen wird und gleichzeitig eine Stabilisierung alltäglicher Arbeitsabläufe zu sichern, sind zentrale Aufgaben dieser Dienste. Hier spiegeln sich, als z. T. widersprüchliche Erwartungen, die interaktiven Gebote in der Arbeit ebenso wie Formalisierungsanforderungen von Organisationen wider.

Bezüglich der Institutionalisierung psychosozialer Dienste konstatiert GILDEMEISTER die vorherrschenden Sichtweisen von Organisationen, in denen dilemmatische Zielkonstellationen analysiert werden und auf Systemidentität und Selbsterhalt des Systems fokussiert wird. Die »Handlungsperspektiven der Mitglieder und/oder die Konstitution ›sozialer Welten‹ durch die Mitglieder« [GILDEMEISTER 1989, S. 61] haben in diesen Analysen keinen Platz. Demgegenüber betont sie das intersubjektive Geschehen in Prozessen der Institutionalisierung; mithin die »soziale Bearbeitung psychischen (einzelmenschlichen) Leidens im institutionellen Kontext«; es geht »um (die) *organisierte* Therapie des *einzelnen* Individuums« [a. a. O., S. 63].

Die Betroffenen als Klientel psychosozialer Dienste – und das gilt auch für die Sozialpsychiatrischen Dienste – sind in der Regel in »ihre jeweilige soziale Welt nicht homöostatisch eingehängt« [a. a. O., S. 426]. Die fehlende »Balance von Individuellem und Sozialem« [a. a. O., S. 427] zu ermöglichen, ist eine der Aufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste. Wie bereits dargestellt, können diese Einrichtungen nicht von Interaktionsprozessen ausgehen, wie sie für übliche Formen gesellschaftlicher Situationen gelten. »Andererseits kann diese aber auch *nicht nicht* angenommen werden (...), weil man in diesem Fall die Definitionsmuster der professionellen Theorien übernehme und sich gegenüber konkurrierenden Perspektiven, nicht zuletzt der Betroffenen selbst, immunisieren würde. Denn diesen stellt sich ihr Leiden nicht notwendig im Konstrukt ›Krankheit‹ dar, ihre Probleme nicht notwendig als Defizit. Die Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen trotz *vermuteter* Defizienz der Beschränkung von Kommunikationsfähigkeit ist aber eine *strukturelle* Voraussetzung von ›lebensweltlicher Qualität‹.« [GILDEMEISTER 1989, S. 428]

Diese Analyse der interaktiven Dimension im Hilfeprozess und ihrer Rückwirkung auf die Institutionen und Prozesse von Institutionalisierung lässt sich auf den Typus Sozialpsychiatrische Dienste ebenfalls übertragen.

Im Zusammenhang unserer Arbeit gilt es im Weiteren jedoch, das regionale Bedingungsgefüge als lebensweltliches Korrelat sowohl in der Fallarbeit als auch in Prozessen der Institutionalisierung in Beziehung zu setzen; z. B. in der Frage nach den jeweiligen regionalen »Lebensnormen« und den Möglichkeiten der Betroffenen, ihren Vorstellungen und Bedürfnissen entsprechend darauf Einfluss nehmen zu können oder sich anpassen zu müssen. Institutionenanalytisch bedeutet dies auch die Frage danach, welche Beachtung die regionalen Lebenswelten im Hilfeprozess erfahren und wie diese auf die Strukturen der Hilfeformen wirken.

3.4.1 *Der schwierige Weg: Kontaktherstellung im Sozialpsychiatrischen Dienst*

Betroffene, so haben wir gesehen, finden nur selten von sich aus den Weg zu den Diensten. Überwiegend sind es Dritte, die den Diensten »Probleme« melden und um Intervention bitten. Aus einer Großstadt wird berichtet:

»Ein Hauptteil der Anfragen sind da, weil Störungen da sind, weil Leidensdruck da ist. Da muss man einfach gucken, wer leidet mehr. Es gibt Nachbarn und auch Angehörige, die leiden stärker als der Betroffene selber, die rufen uns dann.« [F1:390]

Die hier wiedergegebene Erfahrung ist generalisierbar, häufig entsteht der erste Kontakt nicht durch ein Gespräch mit dem Betroffenen, sondern dadurch, dass sich Dritte einschalten und gegenüber den Diensten über die Betroffenen äußern und Hilfebedarf signalisieren. Während es im städtischen Raum eher Nachbarn oder andere Institutionen sind, die um Intervention nachsuchen, melden sich im ländlichen Raum häufiger Angehörige. Dabei kann es auch sein, dass der Dienst über längere Zeit nur mit Angehörigen Kontakt hat, ohne die Betroffenen persönlich zu kennen:

»Manche psychisch Kranken wollen ja keine Beratung, aber die Angehörigen, die suchen Hilfe. Es gibt auch Angehörige, die wünschen nicht, dass man mit dem Kranken Kontakt aufnimmt, die wollen das zu Hause nicht ansprechen, die wollen das auch draußen vorhalten. Ich habe Angehörige in der Betreuung, schon über längere Zeit. Den psychisch Kranken hab ich noch nicht gesehen. Es scheint so zu sein, dass der Kranke sich arrangiert hat, aber die Angehörigen nicht. Sie sagen, »das Verhalten stört, der wäscht sich nie, in seinem Zimmer stinkt's, oder er hat keine Rente beantragt, noch ist er in einer Krankenkasse, was sollen wir tun?«.« [G3:173]

Häufig wird von Angehörigen auch erst in akuten Krisen um Hilfe nachgesehen:

»Wenn Angehörige aus dem ländlichen Bereich uns endlich erreicht haben, dann ist dies oft eine Krisensituation, da ist die Kontaktaufnahme sehr schwierig. Wenn der Klient akut psychotisch ist und jetzt wieder jemand Fremdes vorbeikommt, da besteht kaum die Möglichkeit, mit ihm Kontakt aufzunehmen, weil der denkt, wir wollen ihn einweisen. Der hat in seinem Zustand gar nicht so begriffen, was so seine Beratungsstelle ist. Die ersten Kontakte in einer Krise, das geht kaum. Wir haben ja auch keine hoheitlichen Aufgaben, da müssen wir erst abwarten, was der Arzt macht und eventuell nach der Krise Kontakt aufnehmen.« [B1:46]

An diesen Beispielen wird deutlich, dass der Kontakt zu den Betroffenen häufig durch Einschaltung Dritter entsteht, somit institutionelle Problemdefinition oder die des sozialen Umfeldes Kontaktauslöser sind. Das Postulat der Freiwilligkeit in der Beratung verpflichtet die Mitarbeiter der Dienste jedoch zu einem gewissen Maß an Zurückhaltung, Intervention soll möglichst nur dort erfolgen, wo sie auch von den Betroffenen gewünscht wird. Der psychisch Kranke wird in gemeindepsychiatrischen Zusammenhängen nicht per se »Objekt« professionellen Handelns. Die Dienste werden häufig dann gerufen, wenn der »Symptomrückfall« eingetreten ist, sich Überlastungen und Ängste im alltäglichen Zusammenleben mit Nachbarn oder Angehörigen abzeichnen. Der soziale Rückzug der Betroffenen gilt in der Fachliteratur als Kardinalsymptom der Krankheit. Wenn man diese Ebene der Krankheitsdefinition verlässt, so kann dies Verhalten jedoch auch auf andere Art und Weise interpretiert werden. Bedingt durch mehrmalige psychiatrische Aufenthalte mag ein Teil von ihnen die Hoffnung auf Besserung eingebüßt haben, wird jeder weiteren institutionellen Prozessierung erst einmal misstraut. Hinzu kommt, und dies halten wir für sehr relevant, dass die in stationärer oder teilstationärer Unterbringung erworbe-

nen Orientierungen und affektiven Grundhaltungen nicht ohne weiteres in die »normale« Welt der Gemeinde übertragbar sind, kontextabhängig erscheinen.

»In Bezug auf das Verhältnis zur gesellschaftlichen Umwelt ergibt sich bei allen Institutionen – auch hier in unterschiedlicher Gewichtung – der Effekt, daß sich eine tendentiell anomische Situation und Struktur in dem Sinne herstellt, daß im Hinblick auf die Rückkehr in die ›normale‹ gesellschaftliche Welt ein ›normatives Vakuum‹ [DREITZEL 1980, S. 252] besteht, in dem Verhaltenssicherheit gefährdet ist.« [GILDEMEISTER 1989, S. 422] Die in stationären oder teilstationären Institutionen alltäglichen Arrangements von Arbeitstherapie, Bewegungstherapie bis hin zu Gruppen- und Einzelgesprächen tragen zwar zur Konstituierung einer sozialen Welt bei, doch ist diese in der Typik der Institution verankert. Sie lässt sich nicht einfach auf die Zusammenhänge in der Gemeinde übertragen, sondern zerbricht mit dem Verlassen der Einrichtung. So ist es nicht verwunderlich, dass in allen Untersuchungen das Netzwerk der Betroffenen als besonders klein analysiert wird, in dem vor allem ehemalige Mitpatienten, Angehörige und Professionelle eine herausragende Rolle einnehmen.

Bei Rückkehr in die Gemeinde finden die Psychoseerfahrenen einen Alltag und einen alltäglichen Umgang vor, der nicht therapeutisch strukturiert ist, sondern in seinen Typisierungen und Routinen einer anderen sozialen Welt entspringt als der in der Klinik. Für die Betroffenen bedeutet somit die Entlassung aus der Institution Klinik Unsicherheit im Umgang mit dem »normalen« Leben, der Verlust von Tages- und Zeitstruktur sowie Freisetzung aus einer spezifischen sozialen Welt, in der die institutionellen Arrangements den Tagesablauf bestimmten, und soziale Bezüge in starkem Maße an professionelle Rollennormen gebunden waren. Der Mangel an »Sozialem«, das Fehlen »wechselseitiger Bezogenheit, die sinnhafte Orientierung am anderen« [GILDEMEISTER 1989, S. 222] in phänomenologischer Theorie ein Merkmal der Lebenssituation dieser Menschen, wird unserer Meinung nach durch Prozesse der »Drehtürpsychiatrie« verstärkt, da die unterschiedlichen Anforderungen im jeweiligen Alltag und die darin enthaltenen Rollennormen kaum noch zu synchronisieren sind.

Das Lebensgefühl der Betroffenen zeichnet sich laut LEFERINK [1997 b] durch die »Leere des Tages, durch Ziellosigkeit und Indifferenz, bisweilen auch durch Euphorie und Angst« [a. a. O., S. 120] aus. Die Erfahrungen der chronisch Kranken mit ihrem sozialen Umfeld und den Institutionen der Hilfe sind häufig dadurch geprägt, dass sie Objekte des Handelns waren, man über sie redete, anstatt mit ihnen. In dem Hilfeprozess gilt es für die Sozialpsychiatrischen Dienste, den Betroffenen den Status des Subjekts einzuräumen, um gemeinsam herauszufinden, welche Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung gewünscht werden.

3.4.2 Hilfeangebote vor dem Hintergrund regionaler Lebensbewältigung

Die Modernisierung der psychosozialen Versorgung hat dazu geführt, dass die chronisch psychisch Kranken in die Gemeinden entlassen wurden. Ihre Integration in den Alltag der Gemeinde gilt in den gemeindepsychiatrischen Konzepten als Synonym für Normalisierung und gesellschaftliche Partizipation. Die Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten und ihrer (Re-)Integration ist gleichbedeutend mit der Überwindung des Konzeptes der »totalen Institution«, definiert als »Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen, die für eine längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abge-

schnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen« [GOFFMAN 1972, S. 11].

Auf die besonderen Anforderungen in der Institutionalisierung des Typus ambulante Sozialpsychiatrie sind wir im vorherigen Abschnitt eingegangen. Für die Mitarbeiter der Dienste unterscheidet sich die Betreuung der Klientel in den externen sozialen Wirklichkeiten erheblich von der Betreuung im Alltag einer Anstalt (vgl. FENGLER, FENGLER 1980). Die Arbeit ist zum einen nicht mehr den Organisationslogiken z. B. eines Klinikalltags unterworfen. Man denke nur an die Strukturierung des Tages durch verschiedene Therapieformen. Zum anderen wurde die Betreuung mit dem Prinzip der Ambulantisierung verlagert in die regional geprägten Alltagswelten. Die veränderten Organisationsformen in ihren Auswirkungen auf die Fallarbeit werden in folgendem Interviewauszug deutlich:

»Ich war früher Pfleger in der Klinik. Der Schritt in den ambulanten Dienst war nicht leicht. In der Klinik hat man mehr das Krankheits-, denn das Fähigkeitskonzept im Kopf. Ich hab mehr die Krankheiten als die Fähigkeiten der Leute gesehen und zu meiner Beruhigung war immer jemand da, rund um die Uhr. Auch der Arzt war immer im Hintergrund. Jetzt plötzlich in dem ambulanten Dienst ist es anders. Am Anfang hatte ich noch ein enges Verhältnis zur Betreuung, so lückenlos. In der Krise war das gut, ich wusste, was ich machen musste. In der Zwischenzeit hat sich das geändert, ich weiß, dass die Leute zu Hause leben und ihr Leben organisieren müssen, ich weiß, die haben Defizite und ich kann helfen, die zu beheben, z. B. im Haushalt oder mit Ämtern, wie Sozialamt. In der Institution Klinik bekommt man vieles nicht mit. Ich wusste auch nicht, was die Sozialarbeiter dort machen. Da waren die Bereiche viel mehr getrennt: Ärzte – Pfleger – Sozialdienst. Jetzt ist man hier umfassender tätig.« (A5: 99)

Ein Sozialarbeiter ergänzt hierzu:

»Das macht es auch schwieriger, dadurch dass wir Fallverantwortung haben und versuchen, ganzheitlich ranzugehen, da das ganze Versorgungskonzept von der Finanzierung und Konzeption her zersplittert ist, macht es uns auch wieder schwierig. Zum einen mit den finanzpolitischen Ebenen, die wollen wissen, was macht der Pfleger, der Sozialarbeiter und der Psychologe. Inhaltlich ist das kontraindiziert. Und gleichzeitig geraten wir in Schwierigkeiten mit den Ärzten, die da natürlich sehr streng und stark auf ihren medizinischen Aspekt angewiesen sind. Diese Zersplitterung im Versorgungssystem macht es uns in unserer täglichen Arbeit schwer.« (A2: 130)

Die verschiedenen Versorgungssysteme im Interesse der Klientel zusammenzuführen und sich in der Arbeit auf den Alltag und die Lebenswelt der Adressaten der Hilfe zu beziehen, ist die schwierige Balance, die es in der alltäglichen Arbeit herauszustellen gilt. Dabei wird seitens dieses Großstadtdienstes das Bemühen um lebensweltliche Nähe der Hilfe herausgestellt, jedoch auch auf die Einbettung in das soziale Umfeld und institutionelle Erwartungen verwiesen. Alltag und Lebenswelt als Paradigma bedeuten bei diesem Dienst und seinen Mitarbeitern vor allem auch, auf das Insistieren auf therapeutischen Methoden, die die Klienten zum Objekt des Handelns machen, zu verzichten:

»Aus den Erfordernissen der Praxis heraus haben wir gesehen, wir können nur lebensfeld/lebenswelt- und alltagsorientiert betreuen, weil alle engeren therapeutischen Konzepte, die sich nicht an der Lebenswelt oder am Alltag orientieren, mit diesem Personenkreis gescheitert sind, sonst gäbe es ja keine Langzeiteinrichtungen. Die Krux der ganzen therapeutischen Entwicklung in der Psychiatrie war ja, dass man für diejenigen, die nicht in der Lage waren, sich auf eine therapeutische Methode einzulassen, übrigens für die, die dringend betreuungsbedürftig

wären, aber das Problem nicht so formulieren konnten, dass die aus allem herausfallen, von daher ist unser Ansatz der, dort zu arbeiten, wo die Betroffenen leben.« (A2: 10)

Zu der Schwierigkeit der Kontaktaufnahme gesellt sich die Suche nach dem passenden Hilfeangebot, sozusagen die Suche nach dem Anker, mit dessen Hilfe Zugang zu den Betroffenen gefunden werden kann. Unter alltags- und lebensweltlichen Aspekten geht es in der Begleitung der Betroffenen nicht so sehr um Ritualisierungen des Selbstaustauschs und der Selbstdefinition wie es z. B. in therapeutischen Zusammenhängen üblich ist, sondern um Orientierungshilfe für das aktuelle Handeln.

Deutlich wird dieses Anliegen von Betroffenen anhand einer Untersuchung in einer Übergangseinrichtung, in der Helfer und Klienten nach den Zielen in der Arbeit befragt wurden [NOUVERTNÉ 1996, nach SCHÜRMAN 1997, S. 256]. Sie wurden befragt, »auf welche Ziele sich die Arbeit der Professionellen richten sollte und was beide Gruppierungen als wichtig ansehen. Tatsächlich ergab sich bzgl. der Ziele eine erstaunliche Diskrepanz. Während die Professionellen therapeutische Gespräche auf Platz eins der Rangliste wichtiger Ziele setzten, wollten die Nutzer vor allem ›in Ruhe‹ gelassen werden (weitere Ziele der psychisch Erkrankten waren der nach Schutz und Unterstützung bei Alltagsaufgaben)« [a. a. O., S. 256].

Die Balance von Engagement in der Betreuung und Respekt vor den Wünschen der Betroffenen herzustellen, ist somit die »hohe Kunst« in täglicher Fallarbeit. Die Prämissen Sozialer Arbeit wie »Unterstützung in gegebenen Verhältnissen« und »Hilfe zur Selbsthilfe« verweisen auf Alltags- und Lebensweltorientierung. Diese erscheinen »besonders dringlich in einem Arbeitsfeld, das, wie die Soziale Arbeit, in weiten Bereichen an schwierigen, randständigen Menschen und Situationen engagiert ist, an Menschen, die mit den Problemen, die sie mit sich selbst in ihrem sozialen Umfeld haben, wiederum der Gesellschaft Probleme machen. Das Insistieren auf der Eigensinnigkeit lebensweltlicher Erfahrung der AdressatInnen ist Versuch und Instrument der Gegenwehr zu den normalisierenden, disziplinierenden und pathologisierenden Erwartungen, die die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit seit je zu dominieren drohen« [THIERSCH 1993, S. 12 ff.]. Methodisch erfordert dieses Konzept eine paradoxe Handlungsorientierung – analog zur paradoxen Institutionalisierung – in der täglichen Arbeit; nämlich situative Offenheit zu bewahren und trotzdem Grundmuster methodischer Herangehensweise zu realisieren. In dem Prinzip der »strukturierten Offenheit« [a. a. O., S. 12 ff.] realisiert sich diese Herangehensweise. Thematischer Bezug sind hierbei das Leben in der Gemeinde sowie die Wünsche der Betroffenen nach alltäglicher Unterstützung.

Die weitgehende Ausblendung lebensweltlicher Zusammenhänge und die Fokussierung auf therapeutische Konstrukte im Klinikbereich bringen es mit sich, dass der Bezug zur Alltagswelt und seiner Wirklichkeit für die Betroffenen immer mehr in den Hintergrund gerät, soziale Bezüge, hergestellt in der gemeinsamen sozialen Welt des Klinikalltags, nicht in die externe Wirklichkeit übertragbar sind. Das »Soziale«, von GILDEMEISTER definiert als die »Dimension wechselseitiger Bezogenheit« und sinnhafte Orientierung am anderen [GILDEMEISTER 1989, S. 222], gilt es somit unter Bedingungen des Lebens in der Gemeinde zu (re)konstituieren. Ein wichtiges Medium hierbei ist die Soziale Arbeit, gleichsam der Schlüssel beim Zugang zu der Dimension des »Sozialen«, auch wenn sie eine spezifische Qualität hervorbringt, da sie an einen rollenförmigen Bezug gekoppelt ist. Wie schwer sich dies häufig realisieren lässt, wird an folgendem Interviewauszug deutlich:

»Es ist ja nicht so, dass die Leute einfach so auf uns warten. Es ist sehr mühsam, und es dauert lange bis wir ins Gespräch kommen. Ich hab z. B. eine Klientin, die konnte mich gar nicht an gucken. Es hat ein Jahr gedauert, bis sie mich überhaupt angucken konnte. So nach langer Zeit geht es jetzt, dass wir reden und sie mich auch angucken kann.« (D1: 80)

FLICK spricht im Zusammenhang mit dem Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste (Berlin) von dem Verlust der Ligaturen dieser Menschen. Für sie, so sein Resümee, ist »der Verlust der familiären und nachbarschaftlichen Bezüge (...) eher die Regel als die Ausnahme« [FLICK 1991, S. 204]. Aufgabe der Dienste sei es somit, neue Ligaturen zu schaffen. Diese, auf die Großstadt bezogene Analyse gilt auch für den ländlichen Raum, allerdings spielen hier die »dichten« familialen Bezüge, in denen die Betroffenen noch häufig leben, sowie die hohen kulturellen Verbindlichkeiten der Lebensformen in der dörflichen Sozialwelt und die fehlende institutionelle Mediatisierung des Alltags eine herausragende Rolle, die wesentlich sowohl auf den Hilfeprozess insgesamt wirken, als auch die Schaffung »neuer« Ligaturen tangieren. Das Leben im dörflichen Kontext unter Bedingungen des Strukturwandels gibt folgender Interviewauszug wieder:

»Es löst sich ja hier viel auf mit dem Verschwinden der Landwirtschaft als ausschließliche Arbeit. Wir haben die Alten, die z. T. noch so leben und arbeiten wie einst, aber auch Neubaugebiete mit Zugezogenen. Es gibt inzwischen viele Pendler. Die Jungen, die leben in zwei Welten, aber die schaffen das. Die arbeiten in qualifizierten Berufen außerhalb und abends geht's in den Musikverein. Da prallen schon Welten aufeinander, aber die kriegen das unter einen Hut. Aber mein Klient, der nicht mehr dazugehört, der gehört ja immer weniger dazu, weil der das Alte nicht kann und das Neue nicht kann. Aus dem einen fliegt er raus, aus dem anderen aber auch. Er kann weder mit diesem Weltmännischen da, mit guten Jobs und Urlaubsreisen, teures Auto usw. mithalten, noch kann er mit dem anderen mithalten, dass er ein Haus hat, Kinder hat. Gerade die ledig sind, aber noch in der Familie leben, denen geht es sicher schlechter als in der Stadt: Weil ich krank bin, weil ich alleinstehend bin, weil ich kein Haus gebaut habe, aber das gerne möchte, da dreht sich ein großer Teil unserer Klienten in diesem Kreis. In diesem Zwischenbereich, wo man einfach nicht mehr mithalten kann. Auf dem Dorf darfst du ja alles mögliche, aber arm darfst du nicht sein, krank darfst du nicht sein und nicht arbeiten gehen, das bringt's auch nicht.« (E2: 180)

In ihrer alltäglichen Arbeit sind die Sozialpsychiatrischen Dienste mit den jeweils regional geprägten Mustern der Lebensbewältigung konfrontiert. Dabei geht es uns nicht um die in den Theorien zum Coping angenommenen Umgangsweisen einzelner mit Problemsituationen, resultierend aus z. B. Theorien der Entwicklungspsychologie, sondern um Handlungsspielräume und Zugang zu Ressourcen, die sozialräumlich vermittelt sind.

Wie bereits dargestellt, ist es ein Anliegen sozialpsychiatrischer Beratung und Begleitung, die verschiedenen zersplitterten Hilfen zusammenzuführen und den Betroffenen einen Zugang zu ihnen zu eröffnen. Dabei spielen Formen der sozialen Absicherung und Alimentierung für den Personenkreis, dessen sozialökonomische Situation in der Regel äußerst prekär ist, eine wichtige Rolle im Hilfekonzept. Es sind dabei jedoch nicht die »fürsorgerischen« Aspekte, wie es z. T. erscheinen mag, ausschlaggebend [BONß u. a. 1985; SCHÜR-MANN 1997], sondern dies entspricht dem Versuch, ein Mindestmaß an ökonomischer Absicherung zu erschließen, um die Lebenssituation dieser Menschen qualitativ zu verbessern und soziale Ungleichheit zu minimieren. Darüber hinaus erweisen sich diese Einstiege in der Betreuung auch recht häufig als vertrauensstiftende Maßnahmen, da sie reale Lebens-

verbesserung andeuten und deshalb auch »angenommen« werden können. Während jedoch im Bereich der Großstadt diese Hilfe auf eine »traditionelle« Selbstverständlichkeit in der Inanspruchnahme trifft, gestaltet sich diese im ländlichen Raum sehr viel schwieriger. Hierzu einige ausführliche Passagen aus den Interviews:

»Man muss ja sehr behutsam sein, häufig haben die Angehörigen ja ganz klare Vorstellungen, was für Aufgaben wir zu erfüllen hätten, z. B. der muss arbeiten usw. Unsere vordringliche Aufgabe ist es überhaupt zu versuchen, Vertrauen zu dem Kranken herzustellen. Das ging eigentlich immer recht gut über sozialadministrative Sachen, dass man erst einmal geguckt hat, was haben sie denn für einen Anspruch, wie können sie unabhängiger vor der Familie werden, weil viele Klienten von uns werden durch Familienangehörige rundum verhalten. Da hat man erst einmal geschaut, kann man seine Situation auch so rundum verbessern, dass er mehr Geld zur Verfügung hat, dass er einen Rentenantrag stellt, hat er Anspruch auf Rente, oder gibt es die Möglichkeit auf berufliche Rehabilitation, oder macht er vielleicht eine medizinische Reha. Wenn man dann so einen Kontakt mit ihm hatte und vielleicht so eine Verbesserung in einem Bereich vermitteln konnte, dann war der Zugang etwas einfacher, aber die Vorstellungen von den Angehörigen, wir machen einmal einen Hausbesuch, dann ist alles geregelt, oder man hat zwei Gespräche und dann arbeitet der wieder, das konnten wir oft nicht erfüllen. Das nächste ist ja dann, dass die Familien bei Reha nach dem Bundessozialhilfegesetz alles offen legen müssen, Haus, Acker usw. Dann wird das oft auch wieder rückgängig gemacht, das ist den Leuten nicht recht, weil sie dann noch einen Acker haben, oder eine Wohnung, dann sind Geschwister da, das ist oft ein Konflikt (...) Wenn wir den Angehörigen sagen, sie sind zum Unterhalt verpflichtet, sie müssen ihre Vermögensverhältnisse darlegen, dann ziehen die zurück. Wenn dann bei den Angehörigen ein Leidensdruck da ist: weil der ist jetzt 45 und war immer noch nicht draußen, und wir geben dem kein Geld mehr. Wenn die dann hören, sie müssten z. B. notfalls den Acker, den es da noch gibt, verkaufen, dann ist das eine Schmach, dann sagen die, das schaffen wir alleine, diese Anträge machen wir rückgängig.« (F4 : 127)

Hausbesuche, gerade in der Anfangszeit der Betreuung, als aufsuchende Arbeit ein wichtiger Baustein in der Betreuung, um die zu sozialem Rückzug neigenden psychisch Kranken überhaupt zu erreichen, sind in der dörflichen Sozialwelt insgesamt heikel:

»Bei Hausbesuchen kann die Anonymität nicht mehr so gewahrt werden, das spricht sich herum. Das mag ja vorher schon so sein. Aber man weiß es nicht so genau. Auf dieses Nichtwissen wird viel Wert gelegt. Ich mach oft die Erfahrung, weil meine Klienten wieder andere Klienten kennen, die fragen: »Kommen Sie auch zu Frau Soundso?« Ich merke, die wissen nicht genau, was es ist, ist es Behinderung oder Alkohol? Mit meinem Erscheinen wird es transparenter gemacht, um was es sich handelt. Das will man vermeiden, nach außen zu zeigen, man kommt nicht mehr zurecht, das ist ein großer Unterschied zur Stadt, ich hab ja erst in der Stadt gearbeitet.« (E3 : 89)

Probleme nicht zu benennen, in der Latenz halten, institutionelle Hilfe zu vermeiden, so lange es irgend geht, diese Form der Bewältigung zog sich wie ein roter Faden durch die Interviews. Zudem wurde deutlich, dass die Hilfen, in der Regel finanziert nach dem Bundessozialhilfegesetz, mit den ländlichen Versorgungsstrukturen und Vorstellungen des Umgangs mit Besitz kaum in Einklang zu bringen sind. Das bedeutet wiederum, dass entlastende Hilfen für den Alltag in der Familie kaum angenommen werden können.

»Wenn sie Sozialhilfe beantragen, Wohngruppen oder stationäre Hilfen, müssen sie ihr Vermögen offen legen und einsetzen. Bei den Werkstätten ist die Vermögensfrage besser geschützt.

Aber sie müssen alles offen legen. Im ländlichen Bereich würde ich vermuten, dass es hier noch stärker so ein Muster ist, d. h. ich leg was zurück, wenn ich mal nicht mehr da bin. Und dann kommen wir und sagen, wir könnten schon ein Stück Entlastung bieten, z. B. Wohnen außerhalb oder so. Aber wenn das über Sozialhilfe finanziert wird, und das meiste in unserem Bereich an Maßnahmen wird ja leider von Sozialhilfe finanziert, dann merkt man, dass dann wenn sie alles offen legen müssen, da sind dann oft so Widerstände. Die sind gar nicht so fassbar, die liegen aber darin, dass man sich auf etwas eingelassen hat, was einem gar nicht passt. Wenn sie es verheimlichen, dann die ständige Angst, das fliegt auf.« (B3: 144)

Zum Teil werden Rehabilitationsmaßnahmen überhaupt nicht in Erwägung gezogen, weil damit der Besitz gefährdet ist. Dieser wird auch dann verteidigt, wenn sich für die Betroffenen ein Leben unterhalb der Armutsgrenze abzeichnet, der von den Sozialarbeitern nicht immer nachvollzogen werden kann:

»Es ist schon ein Problem, wenn es um Reha-Einrichtungen geht. Es gibt viele psychisch Kranke, die auch von ihren Familien ernährt werden, die wirklich Anspruch auf Sozialhilfe hätten, wenn nicht die Äckerles-Geschichten wären. Wenn sie da auch ranwollten, es ist aber häufig auch so ein Tick, sag ich mal, zu vererben und lieber unter der Armutsgrenze zu leben.« (E5: 115)

Aber auch dort, wo für die Betroffenen und ihre Familien keine unmittelbaren staatlichen Alimentierungsprobleme durch Hilfeangebote entstehen, wie z. B. durch Laienhelfer, ist davon auszugehen, dass auch diese ehrenamtliche Betreuung auf Akzeptanzprobleme stößt:

»Wenn die Hilfe am eigenen Ort stattfindet, ist das schwierig, wenn sie was kostet, auch. Das gilt aber auch für Laienhilfe, wenn jemand krank ist in so einem kleinen Ort, der will niemand aus dem gleichen Ort als Laienhelfer. Die Laienhelfer finden das auch als problematisch, aber das geht eher von den Klienten aus. In diesen Orten spricht sich das schnell rum, das macht es auch so schwierig bei den Leuten. Es ist auch schwierig, jemanden zu finden.« (D5: 18)

Während die Hilfe durch Sozialarbeit signalisiert, man kommt nicht mehr zurecht, die Inhalte der Hilfe jedoch nicht öffentlich verhandelt werden, besteht bei der Laienhilfe für die Betroffenen und ihre Angehörigen jedoch die Gefahr, dass ihre Lebenssituation in die informelle Ebene der dörflichen Kommunikation veröffentlicht wird, »die aus der alltäglichen Kommunikation des miteinander oder übereinander Redens auf der Straße und der alltäglichen Interaktion, z. B. der Nachbarschaftshilfe besteht« [BÖHNISCH 1992 a, S. 139]. Gemeindepsychiatrische Versorgungsvorstellungen und die Interessen der zu Versorgenden sind, so eine Erkenntnis der Dienste im ländlichen Raum, hier schwerer in Einklang zu bringen als im städtischen Bereich. Unter den Augen der Gemeinde öffnen sich die Türen für die Dienste weitaus zögerlicher, als sich dies die Protagonisten der Gemeindepsychiatrie vorstellen können. Insgesamt zeigt sich, dass bezogen auf den ländlichen Raum ein konzeptionelles Vakuum besteht, da die gemeindepsychiatrischen Grundsätze in der Regel das städtische Gemeinwesen als Kontext ihrer Hilfevorstellungen reflektieren. In den Assoziationen der Mitarbeiter ländlicher Dienste gilt denn auch die Stadt als Hort von Offenheit und bürgerlicher Aufklärung, während der ländliche Raum eher mit Rückzug in die »dörfliche Dumpfheit« in Zusammenhang gebracht wird, der mit Psychiatrie nichts zu tun haben möchte. Atmosphärische Öffnungen scheinen nur mühsam zu erreichen zu sein, zumeist wohl nur in Gesprächen mit einzelnen Repräsentanten der Gemeinde. Die Weckung von Sensibilität gegenüber sozialpsychiatrischen Anliegen, so ein Resümee der Mitarbeiter der Landdienste, erfordert von ihnen ein hohes Maß von Hinnahme dieser Strukturen sowie Ausdauer in ihrer partiellen Überwindung. Ein Großteil der Be-

treuung und Begleitung der chronisch psychisch Kranken lastet auf den Schultern der Dienste, sodass die dyadischen Bezüge in der Betreuung ein Schwergewicht haben. Die besonderen Vermittlungsprobleme professioneller Hilfen in diesen Regionen wird jedoch häufig nicht mit den Spezifika ländlicher Lebenswelten in Zusammenhang gebracht, sondern eher der »zufälligen« sozialpsychiatrischen Versorgungsstruktur angelastet, die sich nicht auf z. B. regionale Psychiatriepläne stützt. Hierzu ein Interviewauszug:

»Ein wesentlicher Unterschied besteht ja auch darin, dass wir kaum eine psychosoziale Infrastruktur haben. Ein ambulantes Versorgungssystem existiert nicht, wenn man mal vom Landeskrankenhaus und einigen wenigen Ärzten absieht. Das führt dann dazu, dass die Menschen lange von den Familien verhalten werden und wenn nichts mehr geht, dann kommt die Klinik. Wenn der Bub nicht mehr gut tut, alle erschöpft sind, dann muss er halt in die Klinik, in der Zeit kann man sich etwas erholen, das Zimmer aufräumen und dann kommt er wieder zurück.« [G2:260]

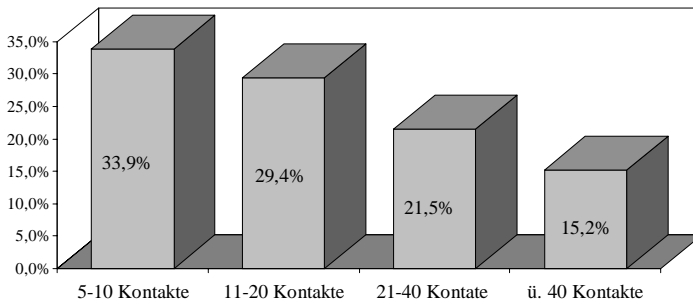
Ähnliche Verhaltensweisen von Angehörigen werden jedoch auch aus einem städtischen Dienst berichtet, demnach die Angehörigen die stationäre Unterbringung als Entlastung begreifen: »Sie haben oft zahlreiche Versuche unternommen, dem als krank Definierten zu helfen, sind am Ende ihrer Kräfte und erwarten von den Fachleuten die Lösung des Problems (...) oft auch dessen für sie entlastende Unterbringung.« [PRIES 1992, S. 308] Allerdings fanden wir in unseren Interviews auch immer wieder Hinweise, die darauf deuten, dass sich im ländlichen Bereich mit üblichen gemeindepsychiatrischen Vorstellungen von Hilfestandards nur schwer arbeiten lässt. Hierzu exemplarisch folgender Interviewauszug:

»Ich glaub schon, es gibt im ländlichen Bereich ein immer größer werdendes Konzeptionsmanko. Es gibt hier ein starkes Bedürfnis, Anonymität zu wahren und was deutlich wird, dass zu uns Gemeindevertreter, Pfarrer oder auch Ärzte sagen, dass sie die psychisch Kranken kennen, die da wohnen, aber die haben keinen Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst. Zuerst werden wohl auch die angesprochen, die vor Ort sind und präsent, auch die Sozialstation und der Arzt. Vielleicht sind wir mit unserem Spezialangebot irgendwie nicht das richtige Angebot für das Land. Wir haben ja auch immer gleich die ganze Palette von Angeboten im Kopf: Reha, Kontaktcafé, Essen auf Rädern usw. Ich habe hier 83 Teilgemeinden, viele sind für mich weiße Flecken auf der Landkarte. Das Gemeinwesen existiert für mich gar nicht. Für mich ordnet sich das Gebiet nach Klienten, es gibt Orte, in denen betreue ich Klienten und dann gibt es Orte, da leben, scheint's, keine psychisch Kranken.« [G2:296]

Dieses Konglomerat von spezifischer Lebensbewältigung im dörflichen Milieu und die eingeschränkte Präsenz der Dienste in den vielen Teilgemeinden einer Region führt dazu, dass man vieles an Problemlagen nicht »mitkriegt« und sich in der täglichen Arbeit darauf verlassen muss, dass sich die Betroffenen in schwierigen Situationen an den Dienst wenden. Gegenläufig dagegen der städtische Raum. Hier erzählte uns ein Dienst, dass sie alle »Chroniker« in ihrem Versorgungsgebiet kennen (»Wir kennen hier jeden!«).

Der Personalschlüssel führt darüber hinaus auch dazu, dass die Kontakthäufigkeit zu den Klienten erhebliche Unterschiede zwischen Stadt- und Landdiensten aufweist (s. Grafik 20). Vergleicht man die Kontakthäufigkeit zwischen den jeweiligen Regionaltypen, so wird deutlich, dass sich im Großstadtbereich eine höhere Kontaktdichte abzeichnet, bei einem gleichzeitig vielfältigerem Angebot von z. B. tagesstrukturierenden Hilfen, Gruppenangeboten, Mittagstischen und Arbeitshilfen bzw. Arbeitsbörsen für die Betroffenen seitens der Dienste. Diese führen wiederum dazu, dass die Betreuung nicht in so

starkem Maße auf dyadischen Beziehungsstrukturen beruht, wie das z. T. im ländlichen Raum zu beobachten ist. Für die städtische Klientel bedeutet die Vielfalt der Angebote auch, dass psychosoziale Grundbedürfnisse nach Zuwendung, Wertschätzung, Anerkennung sowie sozialem Austausch nicht nur durch Bezug auf formelle Rolleninhaber realisiert werden können.



Grafik 20: Kontakthäufigkeit; N = 66 (N = 8045)

Darüber hinaus wird auch deutlich, dass die Unterstützung im Alltag, wichtiger Bestandteil in der Betreuung und Begleitung der Betroffenen, sehr viel intensiver im städtischen Bereich erfolgen kann, hingegen die Basisversorgung durch die Dienste im ländlichen Raum nur sehr eingeschränkt möglich ist. Für die Klientel, die z. B. stärkerer Unterstützung in der alltäglichen Lebensführung bedarf und nicht durch Familie und Angehörige versorgt wird, bleibt daher häufig nur das Wohnheim als Hilfeangebot. Die Hoffnung auf Entospitalisierung wird somit für diesen Personenkreis partiell zunichte gemacht.

Die ländlichen Dienste versuchen mit einem enormen Zeitaufwand der Isolation ihrer Klientel entgegenzuwirken, allerdings schaffen sie es aufgrund der äußeren Umstände nicht in dem Maße wie in der Großstadt. Sie sind in der Regel bemüht, zumindest in den jeweiligen Kreisstädten ein Freizeit- oder Kontaktangebot zu unterbreiten oder auch kleinere Arbeitsprojekte anzubieten.

Für die Klienten liegen hierin sowohl wichtige Möglichkeiten der Konsolidierung als auch der Herausbildung von kommunikativen Fähigkeiten, die krankheitsbedingt häufig verschüttet sind. Durch die Gruppenangebote in den größeren Orten entsteht zugleich für die Betroffenen die Möglichkeit, fernab von dörflicher Kontrolle, sich den »normativen« Erwartungen zu entziehen und soziale Kontakte herzustellen. Dabei machen die Dienste die Erfahrung, dass dort, wo ein solches Angebot in regionalisierten Zusammenhängen unterbreitet wird, die Betroffenen aus der Region auch vorbeikommen:

»Wir sind ja hier mit der deutlich ländlichste Bereich. Es hat lange gedauert, bis wir angenommen wurden. Aber langsam hat sich was entwickelt. Durch Hausbesuche und Gruppenangebote haben wir erreicht, dass sich ein Stamm von unseren Klienten so konsolidiert hat, dass die mittlerweile auch soviel Vertrauen und Fähigkeiten haben, dass die auch zu uns ins Büro kommen können. Das ist die eine Seite, die andere Seite ist, durch die Gruppenangebote in X kommen die Leute halt vorbei, dadurch ändert sich was. In Y ist es auch so, anfangs habe ich zwar meine Sprechstunden abgeleistet, zuerst nur Hausbesuche, jetzt mit dem Gruppenangebot, da kom-

men die Leute auch, da hat sich schon was geändert, dadurch, dass wir die Leute besucht haben und sie auch rausholen. Das kostet viel Zeit und Kraft ist auch nicht soviel an Angeboten wie in der Stadt.« [E4:52]

In »einer regionalisierten Distanz vom Dorf« [CHASSÉ 1996, S. 334] besteht für die psychisch Kranken eher die Möglichkeit, von Menschen in ähnlichen Lebenssituationen emotionalen Zuspruch zu bekommen als auch Kompetenzen zu erwerben, die bei der Problembewältigung im Alltag hilfreich sein können. Während in der Berliner Untersuchung darauf verwiesen wird, dass Kontakte zu »Mitbetroffenen« häufig für diese Menschen nur die »zweite Wahl« seien und sich Präferenzen für einen Umgang mit »Normalen« abzeichneten, fanden wir in unseren ländlichen Diensten durchaus Tendenzen, sich »abzuschotten«. So berichtete z. B. ein Dienst, dass sich hier ein Kontaktangebot nicht für andere Menschen öffnen wollte, man lieber unter sich bleibe. Insgesamt scheint es wohl so zu sein, dass die Wünsche nach Beziehungen in der so genannten normalen Welt häufiger unerfüllt bleiben. MELCOP kommt für die städtische Klientel zu folgendem Schluss: »In der lebensgeschichtlichen Betrachtung der Beziehung zu Freunden und Bekannten durch die Betroffenen hat der von der Netzwerk- und Social-support-Forschung fokussierte Unterstützungseffekt eine geringere persönliche Bedeutung. Für Identitätsbildung und Anerkennung verbleiben vorrangig Mitbetroffene, die entweder für oberflächliche Geselligkeit oder als Abgrenzungsfolie herangezogen werden.« [MELCOP 1997, S. 237] Die Gestaltung von Lebensformen in den Milieus aus Mitbetroffenen entspricht nicht den integrativen Vorstellungen der Reformära, ist jedoch, wie wir anhand der Interviews darstellten, häufig die einzige Möglichkeit für diese Menschen, soziale Geborgenheit zu erfahren. Abgrenzung geht dabei sowohl vom sozialen Umfeld als auch den Betroffenen aus. Es ist wohl so, »daß der Betroffene und die anderen *sich wechselseitig aus ihren Lebensformen zurückziehen*. Man wird gewissermaßen nicht mehr in den Entwürfen und Perspektiven der jeweils anderen in Rechnung gestellt. Ein Grund für den Rückzug bei psychisch Kranken besteht darin, daß es einfach schwer zu ertragen ist, unter Normalen zu sein und mit deren Leben konfrontiert zu werden. Man sieht das eigene Scheitern, leidet unter der Peinlichkeit und dem Stigma der Psychose, man fühlt sich deplaziert, wie das fünfte Rad am Wagen; man spürt schmerzlich, daß man derjenige ist, dem die anderen helfen wollen. Man merkt, wie man auf unmerkliche Weise nicht mehr in der gleichen Wirklichkeit wie die anderen lebt, selbst wenn sich äußerlich wenig geändert haben mag« [LEFERINK 1997 b, S. 124]. Mit der Ambulantisierung der psychosozialen Versorgung der chronisch psychisch Kranken wird in der Fachliteratur einerseits ein Zugewinn an selbstbestimmteren Lebensformen assoziiert, andererseits jedoch auch deren Verbleib im ambulanten Ghetto beklagt. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, »daß die Betroffenen tatsächlich eine eigene, aber sehr diffuse und gesellschaftlich schwer definierbare Form des Alltagslebens entwickeln« [LEFERINK 1997 b, S. 131], die auch die alltägliche Unterstützung durch die Dienste recht schwierig gestaltet. Die Alltagsarbeit in der Betreuung und Begleitung – und dies gilt erst einmal regionenunabhängig – bedeutet vor allem auch, »durch einen festen Ort, feste Zeiten, verlässliche Zuwendungen und basale soziale Dienstleistungen« [BÖHNISCH 1994, S. 226] zur Konsolidierung und Stabilisierung zu verhelfen. Die verschiedenen Angebote – deren Vielfalt und Häufigkeit im Großstadtbereich gegenüber dem ländlichen Raum deutlich überwiegen – kommen dem Versuch gleich, sozialintegrative Bezüge aus der Dyade Klient/Sozialarbeiter zu befreien und

zu öffnen für informelle Formen sozialer Bezogenheit und sozialer Geborgenheit. In unseren Interviews stellten wir durchgängig fest, dass jedoch weder die vielfältigen Gelegenheitsstrukturen des städtischen Gemeinwesens noch das dörfliche Vereinswesen Geselligkeitsformen für diese Menschen bieten. In der uns übermittelten Einschätzung einer Klientin: »Für die bin ich viel zu verrückt« scheint die Lebenssituation treffend wiedergegeben zu sein. Bezogen auf unserer Stadt/Land-Paradigma wird deutlich, dass sich für die Betroffenen in der dörflichen Gemeinschaft kaum Handlungsmöglichkeiten außerhalb und innerhalb der traditionellen Milieus abzeichnen [vgl. hierzu CHASSÉ 1996, S. 338 ff.], sondern dorfüberschreitend gesucht werden müssen. Dies wiederum verlangt von den Klienten ein gewisses Maß an Mobilität. Diese Mobilität und Distanz zu den Herkunftswelten können jedoch nicht von allen erbracht werden, sodass zumindest für den Kreis von Betroffenen, der, wie es heißt, »nicht den Dreh hat rauszugehen und immer mehr abbaut«, sich die Lebensqualität durch Enthospitalisierung nur partiell verbessert hat.

Die Re-Integration in die jeweils spezifischen regionalen Lebenszusammenhänge, die Rückgewinnung des Sozialen außerhalb der organisierten Klinikwelten, stellt sich für die chronisch psychisch Kranken als ein nur z. T. bewältigbares Problem dar, sodass häufig nur in der Gemeinschaft der Mitbetroffenen Dimensionen des Sozialen erfahrbar sind. Formen inszenierter Gemeinschaft scheinen in starkem Maße kompensatorische Funktionen für den Verlust des Sozialen in der »normalen« Welt zu übernehmen. Damit besteht jedoch die Gefahr eines immer größer werdenden Abstandes zum »normalen« Alltag, auf dessen Bewältigung es ja in der Betreuung und Begleitung auch zu fokussieren gilt. Die Dienste sind somit tagtäglich damit konfrontiert, zwischen den sozialen Welten ihrer Klientel und denen der sozialen Umwelt vermitteln zu müssen. Das heißt beispielsweise, dass die Sorgen und Ängste des sozialen Umfeldes, das ja schließlich zur Tolerierung des »Abweichenden« bewegt werden soll, genauso ernst zu nehmen sind, wie die Mitarbeiter die Sinnwelten der Betroffenen zu respektieren haben. Diese recht unterschiedlichen Bezugspunkte in der gemeindepsychiatrischen Arbeit zu integrieren, gelingt dort eher, so unsere Erfahrung aus den Interviews, wo die Bereitschaft besteht, auf die jeweiligen Lebenswelten Bezug zu nehmen und sie thematisch in den Betreuungs- und Begleitungsprozess einzubeziehen und vermittelnd zu wirken. In der Abkehr sowohl vom Lebensmilieu der Betroffenen als auch der sozialen Umwelt steckt tendenziell die Gefahr, dass das Bewältigungsverhalten nicht milieuspezifisch entschlüsselt werden kann und die propagierten Muster der Problembewältigung keinen Bezug haben zu den regional fundierten Lebenswelten.

Wir wollen dies an einigen Passagen aus den Interviews exemplifizieren. In den Gesprächen wurden wir immer wieder damit konfrontiert, dass Mitarbeiter dem Verheimlichen von Problemlagen wenig Verständnis entgegenbringen konnten und auch das Festhalten an normativen Standards – wie: arbeiten müssen, Familie gründen usw. – als kontraindiziert für den Prozess einer adäquaten Problembewältigung halten. Als Gegenhorizont entwickelten sie Vorstellungen, die auf »bekennen«, »bearbeiten« und »dazu stehen« beruhen, also auffordern, die Symptome als solche auch in Kategorien psychischer Krankheit zu benennen. Diese in therapeutischen Gemeinschaften sozial anerkannten Äußerungsformen setzen jedoch »eine beträchtliche Fähigkeit voraus, die inneren Zustände zu verbalisieren« [GILDEMEISTER 1989, S. 337], die, wie wir aus Interviews und anderen Untersuchungen erfahren haben, von den Betroffenen nicht unbedingt erbracht werden können und/

oder wollen. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass »Bekanntnisse« zum Krankheitsgeschehen in der »externen« Wirklichkeit der Gemeinde nicht unbedingt zur sozialen Verankerung der Betroffenen und ihrer Angehörigen beitragen, sondern eher den Effekt der »Abweichung« verstärken. In den Interviews des ländlichen Raums zeigte sich auch, dass die Betroffenen ihre »eigene Geschichte« am Ort haben, »die nicht rückgängig gemacht werden kann« wie die Mitarbeiter der Dienste sagten. Hierin spiegeln sich vor allem Erfahrungen mit »auffälligen« Verhaltensweisen wider, die im dörflichen Alltag als schwer vermittelbar erscheinen:

»Es hängt ja auch viel von den Klienten ab, das ist ganz schwierig. Die Depressiven, die zurückgezogen leben, die werden eher toleriert, das ist so ein Bild von Krankheit, das geht. Aber bei den Psychotikern, die aggressiv sind, sich mit allen anlegen, da ist vieles kaputtgegangen an Bezügen. Das ist auch kaum ertragbar für das Dorf. Der arbeitet nicht, sagt aber allen, wo es lang geht.« [D2: 250]

Von den ohnehin schon mit Problemen um Anerkennung kämpfenden Betroffenen und ihren Angehörigen einen gleichsam offensiveren Umgang mit der »Abweichung« zu fordern, scheint unserer Meinung nach wenig plausibel. Zum einen verfügen diese Familien aufgrund jahrelangen Stigmamanagements häufig nicht über das soziale Selbstbewusstsein – von einigen exponierten Angehörigengruppen abgesehen –, um sich über die normativen Gebote des dörflichen Milieus hinwegzusetzen, noch verspricht die Strategie des »Veröffentlichens« einen Zugewinn an sozialer Verankerung im dörflichen Milieu. Zu der Situation dieser Familien werden in folgenden Passagen der Interviews Hinweise gegeben:

»Man hat schon das Gefühl, die Familien mit psychisch Kranken gehören schnell ein bisschen zu Außenseitern. Die haben sich oft geschämt, wie sie sagen. Es gibt soviel Ärger im Dorf. Jetzt hat er wieder das gemacht und trinkt dann eventuell noch, verspielt das Geld. Auch gibt es oft so soziale und finanzielle Probleme, da kommen mehrere Sachen zusammen. In den Familien muss man mit ganz einfachen Sachen anfangen, da kann man nicht gleich fordern ›ihr müsst usw.« [F2: 78]

Die Gefahr der Randständigkeit, aber auch ihr reales Vorkommen, wird in folgendem Auszug deutlich:

»Ein Aspekt ist wichtig, was man feststellt, bei den Familien aus dem ländlichen Bereich, die leben größtenteils in relativer Isolation, haben weniger Kontakt nach außen, es sind so bisschen aussortierte Mitglieder der Gemeinschaft.« [A3: 207]

In einigen Gesprächen wurde wiederum vermutet, dass »die Leute so an Äußerlichkeit« orientiert sind, »sie miteinander verstrickt sind« und »nichts verändern wollen«. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass mit dem Besitz des »eigenen Häuschens« die »spezifisch ländliche Freiheitsideologie des ›Auf-sich-gestellt-Seins« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 76] korrespondiert, die, resultierend aus agrarischen Strukturen, mit dem sozialen Wandel des ländlichen Raumes keineswegs obsolet werde, sondern »transformiert« wurde und sich »kulturell verselbstständigt hat« [a. a. O., S. 76].

Der Umgang mit Besitz, der sich in den häufig zitierten »Äckerlegeschichten« niederschlägt, die man nicht veräußert, auch wenn man fast an der Armutsgrenze lebt, haben ihren Hintergrund in diesen kulturellen Selbstverständlichkeiten, die auch dazu führen, diesen Besitz zu verteidigen, nicht einfach zu »verschludern«, um anschließend staatlich alimentiert zu werden. Denn neben dem Verlust des »Auf-sich-gestellt-Seins« bei Veräu-

berung der »Äckerle« droht auch gleichzeitig die Verminderung des Status im Dorf, resultierend aus dem Umstand »des Verkaufenmüssens« aufgrund von »Abweichungen« in der Familie. Das Handeln gegen Statusverlust, gekoppelt mit dem Auffangen ökonomischer Einbußen sowie der Drang zur Wiederherstellung gesellschaftlicher Verortung werden von GERHARDT [1988, S. 234 ff.] als Formen »sozialökonomischen Copings« von Familien mit einem chronisch kranken Mitglied empirisch belegt. Angesichts der traditionellen Selbstverständlichkeiten im dörflichen Milieu – trotz aller Ausdifferenzierungen – erscheint daher das Festhalten an Besitz, die »private« Bewältigung der Krankheit und der Verzicht auf staatliche Alimentierung mehr als plausibel.

Die viel zitierten Alltags- und Lebensweltorientierungen in Zusammenhang mit sozialpsychiatrischen Betreuungsansätzen setzen daher auch voraus, sich mit den regional geprägten Alltagswelten auseinander zu setzen und die Besonderheiten der regionalen Lebensbewältigung zu erkennen. Anhand der Interviews ist nicht zu übersehen, dass die propagierten Orientierungen am Alltag und der Lebenswelt der Betroffenen immer wieder durchkreuzt werden durch Ansätze, die den unterschiedlichsten therapeutischen Modellen und ihren spezifischen »Sinnprovinzen« entspringen [GILDEMEISTER]. Angesichts der heteronomen Wissensbasis Sozialer Arbeit scheint dies durchaus nicht verwunderlich und vor dem Hintergrund der weit verbreiteten »Geringschätzung« alltagsorientierter Begleitung gegenüber therapeutischer Selbsterforschung in pädagogischen Berufen sogar verständlich. Gleichwohl sehen wir hierbei nicht nur eine Berufsgruppe am Werk, sondern diese als Teil und Resultat gesellschaftlicher Prozesse, die mit der Individualisierung hohe »Anforderungen an die Individuen als Subjekte ihres Lebens« [BILDEN 1989, S. 23] stellen und Tendenzen, diese zunehmend in therapeutischen Zusammenhängen zu thematisieren. Was aber, so könnte man sich fragen, bedeutet dann noch, angesichts von Pluralisierung und Individualisierung, die Realisierung eines »gelingenderen Alltags« [THIERSCH]?

Wir haben in unserer Untersuchung trotz widersprüchlicher Anforderungen an die Dienste und heteronomer Handlungskonzepte durchaus Beispiele gefunden, die darauf verweisen, dass Alltag und Lebenswelt als Theoreme nicht nur Worthülsen in der Betreuung und Begleitung sind, sondern Orientierungspunkte für Hilfeformen. Exemplarisch hierfür stellen wir dies an einem Dienst aus dem städtischen Bereich sowie an einem Dienst des ländlichen Raumes dar.

Die Diffusität des Alltags chronisch psychisch Kranker, der Verlust von »Stabilität als ein notwendiges Merkmal alltäglicher Lebensführung« [DUNKEL 1993, S. 195] beruht u. a. auf dem Verlust des Rahmens, der zu Stabilität verhilft: nämlich feste Arbeitszeiten sowie das sich daraus ableitende Pendant der Freizeit, oder auch feste Zuständigkeiten in familialen Zusammenhängen. Jeder Tag verläuft ohne Struktur, entbehrt einer sinnhaften Stabilisierung. Die Notwendigkeit einer sinnvollen Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung psychisch Kranker wurde schon von der Enquête-Kommission 1975 betont. Aufgrund des Mangels an tagesstrukturierenden Hilfen in der psychiatrischen Versorgung haben die Sozialpsychiatrischen Dienste Baden-Württembergs ein Aufgabenfeld in diesem Bereich übernommen, die Finanzierung von Tagesstätten scheint jedoch nach wie vor noch auszustehen [vgl. WIDMAIER-BERTHOLD u. a. 1998, S. 39].

Die Arbeit der Dienste beruht somit auf mehreren Säulen. Als Hauptsäule zeichnet sich die jeweilige Einzelfallarbeit ab: Gespräche mit den Adressaten der Hilfe, das »sich küm-

mern« um sozialanwaltliche Dinge, um die materielle Lebenssicherung, den Erhalt des Wohnraums sowie auch Erschließung von Kontaktmöglichkeiten. Als zweite Säule in der Arbeit spielen die Gruppenangebote, um die sozialen Bezüge und den Kontaktbereich für die Klienten auszuweiten, eine wichtige Rolle. Die dritte Säule umfasst, soweit möglich, das Angebot stundenweiser Arbeitsangebote. Die vierte Säule in der Arbeit ist die Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl dazu dient, den Dienst bekannt zu machen, die Belange psychisch Kranker in einer breiteren, nicht nur Fachöffentlichkeit, zu vertreten, als auch hierdurch Schwellen bei der Inanspruchnahme abzubauen.

Entlang dieser Arbeitsbereiche gestaltet sich die Betreuung in unserem ländlichen Dienst wie folgt:

Sozialpsychiatrische Betreuung in der Region X

In der gesamten Region befinden sich Versorgungsangebote, die neben dem Dienst noch zwei Nervenärzte und ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus umfassen. Zu Beginn ihrer Arbeit wurden die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste sowohl von den Fachärzten als auch den Ärzten der Klinik eher als Konkurrenz denn als Kooperationspartner angesehen. Die Fachärzte, damit konfrontiert, dass die psychisch Kranken im ländlichen Raum überwiegend durch ihre Hausärzte versorgt werden, befürchteten durch die Dienste weitere »Behandlungskonkurrenz«. Aus dem psychiatrischen Krankenhaus wurden Kontrollbedürfnisse gegenüber den Diensten deutlich. »Sie«, so die Mitarbeiter, »wollten konkret wissen, was denn die Sozialarbeiter wie machen.« Das führte dazu, dass anfangs nur zögerlich Klienten aus dem professionellen Umfeld an den Dienst verwiesen wurden. Die Arbeit wurde schließlich mit einer kleinen Anzahl von Betroffenen begonnen. Die Gesamtsituation führte dazu, dass man sich der in sozialpsychiatrischer Fachdiskussion so hochgehaltenen Öffentlichkeitsarbeit besann. Die Artikel in der Zeitung, das Verteilen von Informationen bei Ämtern und Ärzten führte, wie die Mitarbeiter es formulierten, »jedoch weder zum Aufschrei der Begeisterung, dass in diesem Landkreis nun endlich auch eine entsprechende Hilfe für die psychisch Kranken da sei, noch wurden wir als Dienst begriffen«. Die Mitarbeiter haben aufgrund der Erfahrungen »alle Beratungsdienste, Fachärzte, andere Institutionen systematisch abgeklappert«, um sich bekannt zu machen. Zunehmend gelangten die Klienten über den Weg des psychiatrischen Krankenhauses zu ihnen. »Aber«, so ihre Erfahrung, »das waren nicht die Massen, die da bei uns auftauchten.« Nachfragen aus dem nichtprofessionellen Umfeld nahmen nach und nach zu, vor allem waren es Angehörige, Ehepartner oder Eltern von Betroffenen, die Kontakt mit dem Dienst aufnahmen. Anfangs hatten sie über Monate nur mit den Angehörigen zu tun, ohne die psychisch Kranken zu Gesicht bekommen zu haben. Der Zugang zu den Betroffenen konnte häufig nur über das »Nadelöhr« Angehörige gefunden werden. Dabei erwiesen sich informative Gespräche, in denen die Angehörigen über die Situation berichten konnten, als Türöffner:

»So ein Bericht über die Situation ist ein Stück Entlastung, da konnten beide Seiten auch mal sortieren, was ist das für eine Krankheit, wie kann man damit umgehen, wie kann der Weg der Hilfe bereitet werden.« [G2: 123]

Trotz offensichtlichen Hilfebedarfs wurde seitens der Dienste auf offensive Intervention verzichtet. Man hatte die Erfahrung gemacht, dass sich unter den Augen der Gemeinde die Türen nur zögerlich öffneten und in kleineren Orten z.T. mit viel Aufwand versucht

wurde, eine unumgängliche Klinikeinweisung nur im Schutze der Dunkelheit vorzunehmen, »damit die Nachbarn nichts sehen«. Von den Familien, so ihre Erfahrungen, wird sehr viel aufgefangen. Als Nachteil erweist sich hierbei jedoch,

»dass bei Hinauszögern der Hilfe oft die Verweildauer im Krankenhaus länger ist, weil die dann so psychotisch sind, dass es lange dauert, bis sie einigermaßen wieder beieinander sind. Und dann stellt sich die Frage, was dann, dann kommt unser nächstes Problem, wir haben ja keine komplementären Einrichtungen hier« [D2:315].

Aber dann, wenn sie vorhanden wären, dann steht das Thema Besitz ins Haus:

»Grund und Boden, das ist natürlich ein Thema nicht nur im landwirtschaftlichen Bereich, auch wenn die Häuser haben, das ist dann wie ein Klotz am Bein. Sozialhilfe greift dann nicht. Die werden zu Hause durchgeschleppt, ich kenne eine Reihe von Klienten, die zwischen 30 – 40 Jahre sind, zu Hause leben und ohne einen Pfennig Einkommen sind. Oder ein Klient, der hat nur eine kleine Rente, aber ein Häuschen, das ist aber das Erbe, das Elternhaus. Wenn Sozialhilfe greift, dann kann er das nicht retten.« [A3:246]

Das ländliche Wertgefüge definieren die Mitarbeiter wie folgt: »Wir schaffen das alleine, keiner hat uns reinzureden, und Almosen wollen wir nicht.«

Trotz dieser Erfahrungen ließen sich die Mitarbeiter jedoch nicht entmutigen. Dabei kam ihnen zugute, dass sie z. T. in dem Landkreis leben und mit den örtlichen Verhältnissen etwas vertrauter waren als dies Sozialarbeiter, die in ihrem Studium auf urbane Gemeinwesen hin ausgebildet wurden, hätten sein können. Diese Bezüge vor Ort führten jedoch auch dazu, dass die Ortsvorsteher mit z. T. sehr rigiden Hilfevorstellungen auf sie zukamen. Aber ihnen gegenüber haben sie beharrlich deutlich gemacht, dass ihre Beratung dem Freiwilligkeitsprinzip folgt, sie keine Pflichtaufgaben in Richtung Zwangseinweisung haben.

In der Beratung mit den Betroffenen und den Angehörigen waren sie anfangs dazu gezwungen, »zunächst darauf hinzuarbeiten, dass die in der Familie halbwegs miteinander auskommen, aber dann war schon Ende der Fahnenstange«. Anfangs glaubte man, dass die Integration im ländlichen Gemeinwesen klappen könnte:

»Anfangs haben wir gesagt, man müsste doch die Kranken, wenn die in der Gemeinde leben, auch in der Gemeinde integrieren. Also haben wir Kontakte mit dem Pfarrer, mit Vereinen usw. aufgenommen. Aber das hat durch die Bank nicht funktioniert. Und so sind wir mittlerweile dabei, dass wir selber organisieren, Gruppen, Veranstaltungen. Aus der Not heraus haben wir ein kleines Arbeitsprojekt entwickelt, als Zuverdienst, das läuft in X und Y in den größeren Orten. Die Kontaktangebote, die Arbeit in X und Y, da kann man halt auch Kontakt halten, die Leute rausholen aus der Enge, da kommen die eher als in ihrem Dorf. Das zerrt zwar alles an unserer Zeit und Kraft, aber das ist auch so eine zwiespältige Geschichte, wenn wir sagen, wir übernehmen das nicht, oder lassen es laufen, dann haben wir wieder nichts. Es ist auch z. T. eine Hilfe, für uns und die Klienten. Ich hab z. B. Klienten, die sind schwer schizo und autistisch, aber die kommen ins Arbeitsprojekt, die packen das. Es ist die einzige Möglichkeit, Kontakt herzustellen. Mit denen kann ich keine psychotherapeutischen Gespräche führen, auch nicht spazieren gehen. Außer dem Arbeitsprojekt ist da einfach an Kontakt nichts möglich. Es ist gut, dass wir so bisschen etwas an Tagesstrukturierung und Kontakt haben.« [B1:374]

Die Gruppenangebote konzentrieren sich auf drei größere Orte in der Region. Hierbei nochmals zu unterteilen, in z. B. Neigungsgruppen oder auch differenziert nach dem Alter – eine in den Städten übliche Angebotsstruktur – ist aufgrund der Kapazitäten des Diens-

tes nicht möglich und würde sich nach ihren Aussagen auch nicht lohnen, weil die hierzu jeweils benötigte Anzahl an Betroffenen nicht immer vorhanden ist, auf spezifische Bedürfnisse der Betroffenen auch nicht eingegangen werden kann. Die Angebote in den größeren Orten des Landkreises sind erste Schritte auf dem Weg regionaler Versorgung, und für die Betroffenen und ihre Angehörigen bieten sie die Möglichkeit, dörflicher Kontrolle ein Stück weit zu entgehen. Auch im Hinblick auf die Angehörigengruppe hat sich der regionalisierte Ansatz als aktivierend herausgestellt.

»Anfangs haben wir die Angehörigen über die Zeitung eingeladen, da kam keiner. Jetzt nach fünf Jahren haben wir so einen Massenandrang, dass wir überlegen, eine zweite Gruppe aufzumachen. Es sind ungefähr 30 Mitglieder, die sich hier in der Kreisstadt treffen. Das ist ein Gemisch von allen möglichen, Eltern, Geschwister, Partner. Die Eltern und die Partner haben sich anfangs gut ergänzt. Die Ehepartner haben zu den Eltern gesagt, »ihr müsst mehr Grenzen setzen!«. Die Eltern darauf hin »ihr versteht uns nicht, ihr könnt euch scheiden lassen, wir nicht«. So entstanden rege Gespräche. Allerdings sind jetzt fast nur noch Eltern in der Gruppe. Anfangs fast nur Frauen, jetzt viel mehr Ehepaare. Was das so attraktiv macht, sind wohl zwei Dinge. Teil eins sind Informationen, wir holen Gäste zu Themen wie z. B. Medikamente. Aber vor allem ist der Austausch da. Da ist Entlastung, »endlich sind da Leute, die verstehen, welches mein Problem ist«, das sagen die so. Zuhause haben sie das nicht. Denn »wenn ich Nachbarn oder der Schwester sage, der verhält sich so und so, dann verstehen die mich kaum!«. Viele wissen ja auch um das Getratsche (...) hier ist es anonymer, das ist viel einfacher für die Leute.« [E5:381]

Dieser Dienst, so sehen wir, versuchte sukzessive in der Region Fuß zu fassen und sich die regional geprägte Alltagswelt zu erschließen. Die Gefahr, sich in den Bornierungen des Alltags zu verlieren und sich ihnen anzupassen, ist dabei durchaus gegeben. Den Mitarbeitern ist dies bewusst, auch dass sie nur einen Teil der Klientel erreichen. In den weit verzweigten Gemeinden ihres Kreises können sie nicht in 140 Gemeinden wirken, hier ist nur eine Betreuung im Einzelfall möglich. Andererseits wenden sie auch ein, dass es sinnvoll wäre, »in den Orten nach Ressourcen zu schauen. Aber es ist manchmal einfacher, eine Gruppe zu machen«. In Krisensituationen wäre es aus ihrer Sicht gut, man hätte jemand vor Ort, der auch das Vertrauen des Klienten besitzt. Denn bei einer Entfernung von z. B. 60 km ist ein mehr als zweimaliger Besuch pro Woche nicht möglich. Und so sind sie sich auch darüber im klaren, dass sie z. T. nur »Mangel verwalten« können, viel »über Telefon läuft« und man nicht so flexibel sein kann, wie man möchte. Die Situation der Klientel erscheint ihnen ungleich schlechter als die der Betroffenen im städtischen Bereich. Sie sind der Meinung, »dass da auch was passieren muss im ländlichen Raum«, auch »politisch müssen wir uns engagieren«. Jedoch ist es für sie viel schwieriger die Ansprechpartner zu finden, die bereit wären, sich der Probleme anzunehmen. Ihre Erfahrungen mit den Vereinen, die gleichzeitig Repräsentanten der Dorfföflichkeit sind, haben gezeigt, dass nur begrenzt Problembewältigungsressourcen vor Ort sind, dem »Problemexport« wohl mehr Sympathien entgegengebracht werden. Die »interessierten Laien«, Stützen urbaner Gemeinwesenarbeit, sind häufig in vielfältiger Form mit den informellen und formellen Dorfföflichkeiten verwoben, sodass die Betroffenen und ihre Familien nicht gern auf ihre Hilfe zurückgreifen, weil die Klienten befürchten, »überwacht« zu werden. Eine Mitarbeit in Gremien im ländlichen Bereich gestaltet sich schwierig, da die Fachgremien z. T. nur zweimal jährlich tagen, Kontinuität in der fachinternen Diskussion somit kaum möglich ist. Hier schließt sich der Kreis: und weil es keine Öffentlich-

keit gibt, gibt es auch keine Probleme. Dies mündet häufig in der Feststellung, dass aus dem ländlichen Bereich kein weitergehender Bedarf in der sozialpsychiatrischen Versorgung besteht.

Andere Gewichtungen in der täglichen Arbeit zeichnen sich demgegenüber bei dem exemplarisch ausgewählten Großstadtdienst ab.

Seine Etablierung im Versorgungsgebiet verlief zügiger als bei dem Dienst im ländlichen Raum. Wohl auch dadurch, dass die im Großstadtbereich ansässigen sozialen »Agenturen« [GOFFMAN] im Falle einer »Neueröffnung« psychosozialer Dienstleistung dazu neigen, erst einmal all die Klienten, von denen man meint, es sei für jenen Dienst »passender«, dorthin zu delegieren. Probleme der Koordination in der Versorgung werden seit der Reformära thematisiert und bilden sich im Großstadtbereich spezifisch ab. Ob der unterschiedlichsten Angebote und ihrer für Außenstehende nicht immer durchschaubaren Zuständigkeitsbereiche gilt es für den Großstadtdienst vor allem auch zu versuchen, eine Kontinuität in der Versorgung herzustellen. Denn die Betroffenen rotieren im Versorgungssystem, was im günstigsten Falle dazu führt, dass die entsprechenden Angebote genutzt werden, im ungünstigsten Fall jedoch auch bedeuten kann, dass keinerlei Anbindung erfolgt und Ansprechpartner weder für alltägliche Hilfen noch in Krisensituationen vorhanden sind. Für die Stadtdienste stellt sich daher in der täglichen Arbeit die Frage, welche im Einzelfall adäquaten Hilfeformen eine Anbindung an die Dienste ermöglichen, und wie Hilfen zu koordinieren sind. Darüber hinaus gilt es die vielfältigen Informationen städtischer Öffentlichkeit, mit denen die Dienste täglich »überschüttet« werden – häufig korrespondierend mit dem Auftrag zu intervenieren – zu filtern und angemessen zu verarbeiten. Angesichts dieser Bedingungen möglichst selektionsarm und lebensweltorientiert arbeiten zu wollen, wie es dieser Dienst benennt, erscheint nicht immer reibungslos realisiert werden zu können. Denn mit dem Versuch, Hilfen zu koordinieren und eine Anbindung der Klientel zu erreichen, wachsen auch die kontrollierenden Aspekte in der Betreuung und besteht die Gefahr der Abschottung des Versorgungssystems, aus dem ein Ausstieg nicht mehr möglich erscheint [vgl. BERGOLD u. a. 1993].

In dem von uns interviewten Dienst wird die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle durchaus gesehen, sie tritt in den sozialräumlich orientierten Betreuungsangeboten auch deutlicher hervor als etwa in zentralen, administrativ ausgerichteten Hilfeformen. Gleichwohl wird dieser Arbeitsansatz verteidigt und im Hinblick auf die spezifisch großstädtischen Bedingungen relativiert.

»Wir sind ja häufig gezwungen, auf Anfragen Dritter zu reagieren. Wir versuchen dann Kontakt herzustellen. Natürlich müssen wir immer abwägen, Kontakt ja oder nein und welche Folgen treten auf: z. B. Wohnungskündigung, erneut Psychiatrie, Kontaktabbruch. Das ist zwiespältig, kann immer nur im Einzelfall gelöst werden. Da hat natürlich die klassische Freiwilligkeit, die wir aus Beratungsstellen kennen, ihre Grenzen. Wir müssen erst einmal versuchen, Vertrauen zu gewinnen, indem wir auch betonen, dass wir nichts gegen ihren Willen unternehmen und versuchen, die Lebenssituation gemeinsam zu verbessern. Das mit der Kontrolle ist ja schwierig. Aber die andere Seite der sozialen Kontrolle ist die Verwahrlosung, die ambulante Verwahrlosung, und die stellen wir in der Großstadt trotz vieler Institutionen genauso fest. Ich habe Probleme mit der Diskussion, dass die Psychiatrie zu viel Kontrolle zur Verfügung stellt, das ist natürlich richtig, aber das Problem ist nicht damit gelöst, dass ich die Leute in Anonymität verschwinden lasse. Weil wir so und so viel Erfahrungen haben in der Großstadt, dass hier viel Menschen unter den Brücken schlafen

und obdachlos werden, ob das eine freie Entscheidung ist, mag ich im Einzelfall noch bezweifeln. Es gibt einfach Situationen, wo Hilfebedürftigkeit vorliegt und genau da liegt auch ein Problem, die Leute zirkulieren, aber nirgendwo finden sie eine Anbindung in der Form, dass sie ein Stück besser mit ihrem Leben zurechtkommen.« (A5: 180]

Während Angehörige von Betroffenen häufig mit dazu beitragen, dass Obdachlosigkeit verhindert wird besteht gerade für die allein lebende städtische Klientel tendenziell eine große Gefahr des Wohnungsverlustes, weil z. B. Miete nicht entrichtet wird, den Vorstellungen von Hausordnung nicht entsprochen wird oder aber auch Nachbarn bestimmte Verhaltensweisen nicht tolerieren können oder wollen. In den verdichteten Wohnverhältnissen des städtischen Bereichs wird auffälliges Verhalten zwar toleriert, führt jedoch bei Störungen in der täglichen Lebensführung, wie z. B. Nichteinhaltung bestimmter Ruhezeiten, auch schneller zur Einschaltung institutionalisierter Hilfen als etwa im ländlichen Raum. Besteht für die Betroffenen in den ländlichen Regionen eher die Gefahr des Verdeckens und Verheimlichens ihrer Problemlagen sowie ihr »Verschwinden« in den dichten Bezügen der Familie, so gehen die anonymisierten Wohnverhältnisse der Großstadt für die allein stehende Klientel häufig mit Vereinsamung und der Gefahr mangelnder basaler Versorgung einher. Diese sichern zu helfen durch z. B. der Bereitstellung aktivierender Pflege, durch Unterstützung im Alltag sowie Erhalt des Wohnraumes sind hier wichtige Elemente in der Begleitung der Betroffenen. Hierzu gehört auch, sie zu animieren, Begegnungsangebote zu nutzen, die Kontakte zur medizinischen Versorgung herzustellen und vermittelnd gegenüber Nachbarn zu wirken.

»Wir haben in langjähriger Arbeit mit den Anliegen der Nachbarn folgende Erfahrungen gemacht: Ich denke, ein wesentlicher Teil im Umgang mit Nachbarn besteht darin, dass die merken, ihre Ängste, Besorgnisse und Argumente werden ernst genommen von einer professionellen Stelle, und wir sind für sie da. Zumindest mit ihnen zu überlegen, wie man die Störungen und Ängste abbauen könnte, wenn sie das feststellen, dass sie plötzlich nicht mehr alleine sind; Ähnliches gilt auch für die Angehörigen, dann steigt die Toleranzschwelle schon sprunghaft an. Diese Erfahrungen haben wir allgemein gemacht. Wir glauben nicht, dass ein Stadtteil einfach so ausgrenzt, ich sehe das eher so, dass die Menschen ausgegrenzt wurden, weil ihnen keine entsprechenden Hilfen angeboten wurden, das ist der Hauptpunkt.« [B2: 402]

Ansprechpartner zu sein, zu vermitteln – diese Aufgabe fällt den städtischen Diensten im mediatisierten Alltag der Großstadt per se zu und absorbiert einen nicht unerheblichen Teil in ihrer täglichen Arbeit.

Die indirekt fallbezogene Arbeit drückt sich empirisch auch in dem höheren Anteil der indirekten Kontakte aus. Allerdings liegen in den indirekten fallbezogenen institutionellen Kontakten auch wichtige Ressourcen, auf die zurückgegriffen werden kann, und die auch Möglichkeiten der Entlastung bieten. Dabei wird auch sichtbar, dass speziell im Großstadtbereich »ein wichtiger Anteil sozialpsychiatrischer Arbeit nicht direkt ›am‹ Klienten geleistet wird, sondern indirekt als Vernetzung geschieht. Dieser Rückgriff auf die Ressourcen des professionellen (Allgemeiner Sozialdienst, Wohnungsamt, therapeutische Wohngemeinschaft) und des nichtprofessionellen (Nachbarschaftshilfe, Frauentreffpunkt) Hilfenetzes, sowie auf das soziale Umfeld (Verwandte, etc.) und andere Institutionen (Elektrizitätswerk, Wohnungsbaugesellschaft) verdeutlicht die intendierte Vermittlungsfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Gleichzeitig stellt diese Bezugnahme auf andere Institutionen für die Mitarbeiter eine Entlastung und Möglichkeit zur Begrenzung des eigenen Problemdruckes

dar: Dieses z. T. selbst erschlossene und fallbezogen aktivierbare Netz ermöglicht das Weiterreichen von Klienten« [BONß u. a. 1985, S. 253]. Diese Entlastungsmomente scheinen sich im Großstadtbereich ausgeprägter abzuzeichnen als etwa im ländlichen Raum. Dass hierbei auch Mechanismen der Zirkulation, der Selektion und der Abschottung zu beobachten sind, wird auch von dem interviewten Dienst gesehen und kritisch angemerkt. Nur kann der Zustand des ambulanten Ghettos nicht lediglich durch sozialarbeiterische Intervention verändert werden, sondern verweist auf einen Mangel sozialintegrativer Maßnahmen, die nicht in der Entscheidungsmacht dieser Berufsgruppe liegen, wie z. B. differenzierte Arbeitsangebote, adäquate Rehabilitationsmaßnahmen usw.

Auf der Suche nach Potenzialen im Gemeinwesen – zu verstehen als formelle und informelle Gruppierungen von Bewohnern, als Kontakt- und Kooperationspartner in lokalen Zusammenhängen – gestaltet sich die Vielfalt lokaler Institutionen und Gruppierungen im städtischen Gemeinwesen als Potenzial, das es spezifisch zu erschließen gilt:

»Man hat bei der Stadtteilarbeit das Gefühl, es sei ein Tropfen auf dem heißen Stein, es gibt sehr viele Institutionen und Gruppen. Wichtig ist, dass andere soziale Einrichtungen uns kennen, wissen, mit welchem Personenkreis haben wir es zu tun. Anfangs waren die Stadtteiltrunden – hier in unserem Versorgungsgebiet gibt es vier Runden – nur Kreise zur Kinder- und Jugendarbeit. Wir haben viel Zeit und Energie reingesteckt, dass die erweitert wurden. Mit den Kirchengemeinden – es gibt bei uns über 30 – versuchen wir zusammenzuarbeiten, z. B. Mittagessen in den Kirchengemeinden. Wir müssen einfach gezielter gucken, wo gibt es Gemeinsamkeiten, ganz allgemein Öffentlichkeit herstellen und aktivieren reicht häufig nicht aus. Mit der Volkshochschule haben wir einen Kurs veranstaltet, »Psychisch Kranke unter uns«. Dadurch glaubten wir auch Ehrenamtliche zu gewinnen, als Brücke zwischen Professionellen und Betroffenen und Angehörigen und für das Wochenende, da hängen unsere Leute häufig alleine rum, da brauchten sie jemanden. Aber die Resonanz war so, dass überwiegend Angehörige und z. T. Betroffene gekommen sind. Dieses Ziel, Ehrenamt, hat nicht geklappt, aber für die Leute war es wohl wichtig, wir müssen wegen ehrenamtlicher Arbeit wohl noch spezifisch schauen. Aber wer macht das in der Stadt, Frauen und Hausfrauen mit kleinen Kindern, die aber wieder arbeiten gehen, wenn die Kinder größer sind, bleiben vielleicht noch Rentner?« [B2:440]

Darüber hinaus wurde auch die Erfahrung gemacht, dass ehrenamtliche Arbeit im psychiatrischen Feld der Begleitung bedarf, da die Laienhelfer sonst schnell überfordert sind. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, zu verstehen als Fachbasis des psychiatrisch-psychozialen Bereichs, bestehen sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum. Sie tragen zum fachlichen Austausch bei und fungieren als Börse der Kooperation und Koordination. »In gewisser Weise können die Arbeitsgemeinschaften als *Aushandlungs- und Koordinatensysteme* [vgl. PEIL, TIMM 1981] zwischen verschiedenen Diensten, kommunalen und wohlfahrtsverbandlichen Trägern und Projekten/Verbänden verstanden werden.« [BERGOLD, FILSINGER 1993, S. 37]

In unserer Untersuchung sind wir dem Stellenwert der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften für die alltägliche Arbeit nicht spezifisch nachgegangen. Es zeichnete sich jedoch ab, dass das intermediäre Feld des Großstadtbereiches für diese Gremien eine Plattform bietet, von der aus die Aktivitäten z. T. erfolgreich vermittelt werden konnten. Denn, so konnten wir feststellen, das Engagement an der Fachbasis, gekoppelt mit einer aufnahmebereiten sozialpolitischen Öffentlichkeit, wirkte bis in die Sozialverwaltung, sodass das Spektrum der Hilfen differenziert und erweitert werden konnte.

In den Gesprächen mit (groß-)städtischen Diensten konnte man den Eindruck gewinnen, dass ihnen in der Regel die lokalen Strukturen ihres Stadtteils sehr vertraut sind und sie dort auch entsprechend agieren können. Zu einer Palette von Institutionen bestehen gute Kontakte, sodass die Möglichkeiten, Ressourcen zu erschließen und zu vernetzen, weitestgehend vorhanden sind. Die Suche nach Hilfen außerhalb formeller Unterstützungssysteme scheint jedoch insgesamt recht mühsam und zeitaufwendig und wird in Hinblick auf den Erfolg recht unterschiedlich bewertet, denn mögliche Potenziale zeichnen sich hierfür bei Personen ab, die nicht im Berufsleben stehen, wie z.B. Mütter mit kleinen Kindern oder auch Rentner, wobei die Erfahrungen zeigen, dass Unterstützungszusammenhänge auf der informellen Ebene eher marginal in Erscheinung treten.

4 Die losen Enden: Abschließende Überlegungen

4.1 Die intermediäre Rolle Sozialer Arbeit im Stadt/Land-Vergleich

Vor dem Hintergrund regional geprägter Alltagswelten und den Besonderheiten regionaler Lebensbewältigung zeichnen sich deutliche Unterschiede in Akzeptanz und Inanspruchnahme professioneller Hilfen ab. In den Annahmen sozialpsychiatrischer Theorie, die im Kern u. a. auch auf die umfassende Versorgung in der Gemeinde abzielt, wurden regionale Besonderheiten ob der positiven Konnotationen gemeindenaher Hilfen nicht spezifisch analysiert.

Fallarbeit in sozialpsychiatrischer Praxis ist jedoch auch immer Feldarbeit. Denn »wenn es das Ziel ist, daß Personen mit fortbestehenden psychischen Störungen in der Gemeinde leben können, dann müssen psychiatrische Hilfen nicht darauf hinarbeiten, beim Patienten Veränderungen zu bewirken, sondern es geht auch darum,

- das Lebensfeld zu befähigen, die weiterhin psychiatrisch gestörte Person zu integrieren sowie
- die im Lebensfeld vorhandenen nichtpsychiatrischen Hilfen zu befähigen, der psychisch gestörten Person und ihrem Lebensfeld zu helfen.

Psychiatrisch spezialisierte Hilfen sind deshalb subsidiär zum eigenen Lebensfeld der psychisch erkrankten Person sowie zu den im Lebensfeld vorhandenen nichtpsychiatrischen professionellen Hilfen zu sehen« [KUNZE u. a. 1995, S. 454 ff.].

Deutlich wurde in unserer Untersuchung, dass der Hilfebedarf in Bezug auf »Fall« und umgebendes »Feld« variiert, sich einer Standardisierung entzieht und der objektive Bedarf durchaus nicht immer mit den Bedürfnissen – als subjektive Ebene des Bedarfs – der Betroffenen kongruent ist. Insbesondere vor dem Hintergrund unseres Stadt/Land-Paradigmas und der unterschiedlichen Mediatisierung des Alltags, einschließlich der Problemlagen im Alltag, wird deutlich, dass unabhängig von eventuell »mangelnder« Einsicht in den Krankheitsprozess sich Hilfen z. T. nicht etablieren können oder auch abgelehnt werden.

Dies steht auch damit in Zusammenhang, dass sowohl rehabilitative Maßnahmen wie betreute Wohnformen als auch die existenzielle Absicherung des Betroffenen im Rahmen von Sozialhilfe finanziert werden und somit die finanziellen Verhältnisse der Familie offen gelegt werden müssen. Neben dem Aspekt, dass dieser materielle »Offenbarungseid« [GÄNGLER, STEIN 1990, S. 189] als demütigend und bittstellerisch erfahren wird, kommt noch hinzu, dass häufig private (ländliche) Versorgungskonzepte mit administrativen, auf gesetzlichen Grundlagen beruhenden Regeln kollidieren, wirtschaftliche Nachteile befürchten lassen, als nicht »gerecht« oder kongruent in Hinblick auf eigene Leistungen und tägliche »Fürsorge« erlebt werden.

Die Problematik der Offenbarung und des Einsatzes von z. B. Ersparnissen oder Besitz bei Inanspruchnahme von Hilfen betrifft auch städtische Klientel, nur tritt dies im ländlichen Raum verschärft hervor, da die Betroffenen noch häufig in familialen Bezügen le-

ben. Insgesamt wird deutlich, dass die »Inszenierung von Normalität« im dörflichen Kontext eine erhebliche Rolle spielt und die Bereitschaft, soziale Probleme und Lebensschwierigkeiten zu veröffentlichen, nur dort gegeben ist, wo Betroffene und Angehörige nicht zu befürchten brauchen, dass diese im Dorf »verhandelt« werden, Teil der informellen Dorfförmlichkeit sind. Während nun im städtischen Alltag den Sozialpsychiatrischen Diensten intermediäre Aufgaben per se zufallen, kann in den Zusammenhängen von Verdecken und Verheimlichen des ländlichen Raumes diese intermediäre Rolle nur bedingt eingenommen werden.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass die Dienste im ländlichen Raum häufig auf Beziehungen treffen, in denen sich dörfliche Normalitätsannahmen und Kontrollen als familiäre Normalitätsmuster fortsetzen, die einen Neuentwurf von Identität aufgrund veränderter Bedingungen durch die Krankheit nur schwer zulassen [vgl. DORNHEIM 1983, S. 197]. Auch in unserer Untersuchung zeigte sich, dass institutionelle Hilfe in ländlichen Regionen auf andere soziokulturelle Voraussetzungen trifft als etwa in den Großstädten. Die oft als ausgeprägter angenommenen sozialen Bindungen und Ressourcen in der dörflichen Sozialwelt sind in aller Regel gekoppelt an die Form des gegenseitigen Helfens, sie haben hierin ihre materielle und soziale Basis. Mangelnde Möglichkeiten der Betroffenen in diesem Bereich, ihre kommunikativen Einschränkungen sowie ihre prekäre ökonomische Situation und die insgesamt geringeren Ressourcen führen dazu, dass sie den Normalitätsstandards dörflicher Sozialwelten und Gesellschaftsformen nicht hinreichend entsprechen können, sodass sich hierüber auch kaum Integrationsmöglichkeiten abzeichnen. Hilfen werden daher seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienste eher außerhalb der Gemeinden auf regionaler Ebene gesucht. Dies scheint den Betroffenen und ihren Angehörigen in ihrem Bedürfnis nach Anonymität auch weitgehend zu entsprechen. Allerdings wird in etlichen Interviews auch angemerkt, dass der Kreislauf des Verheimlichens, des Herausholens aus der Gemeinde, nicht immer als adäquate Form angesehen wird und man sich auch vorstellen könnte, unter Heranziehung gemeinwesenorientierter Arbeitsansätze – die ja u. a. auch auf Problemveröffentlichung und Aktivierung der Betroffenen setzen – sukzessive darauf hinzuarbeiten, dass Eingliederungsbemühungen sich auch auf die dörfliche Sozialwelt beziehen könnten. Hierzu bedarf es jedoch seitens der Dienste einer entsprechenden Präsenz in den Gemeinden sowie Kenntnissen der jeweiligen Gemeindestrukturen.

Erfahrungen sowohl mit der Implementierung gemeindenaher Hilfen als auch vor allem mit ihrer Vernetzung zeigen, dass dies nur dann erfolgreich gelingt, wenn Vertrautheit mit den lokalen Strukturen besteht. Die Sozialpsychiatrischen Dienste im ländlichen Raum stoßen schon allein aus Kapazitätsgründen hierbei an Grenzen:

»Also, ich möchte schon in den Gemeinden etwas bewegen, mit Leuten zusammenarbeiten, die man sich sucht oder die auf einen zukommen. Das könnte schon eine Klimaveränderung bringen. Für mich ist das fast unmöglich. Ich habe zwanzig Dörfer neben der Stadt mitzubetreuen. Ich bin in jedem Dorf vertreten, kann aber nur am Rande tätig sein. Ich komme da hin und mach einen Hausbesuch. Das Drum und Rum zu erfassen, gelingt nur sehr begrenzt. Mehr kann ich zum Teil gar nicht machen. Die eine Gemeinde ist anders als die nächste. Wir haben so viel Gemeinden: Was ist das jeweils Spezifische in Gemeinde X oder Y? Natürlich ist das seltsam, wir nehmen die Menschen aus der Gemeinde, fahren mit ihnen 50 Kilometer zu dem Treffpunkt und zurück.« [E3: 170]

Mit diesem Interviewausschnitt bildet sich nicht nur die Paradoxie »gemeindenaher« Hilfen ab, sondern zeigt sich auch die isolierte Situation der jeweiligen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in ihren Versorgungsgebieten. Dieses »Einzelkämpferdasein« wird daher auch in vielen Interviews, neben der Vielzahl und Vielfalt der zu betreuenden Gemeinden, als zentrale Schwierigkeit bei der Erschließung unterstützender Hilfen benannt.

Ansätze von Vernetzungen sind fallbezogen vereinzelt vorhanden, müssen und sollen jedoch noch weiterentwickelt werden. Vielfach fehlt es jedoch hierzu an ländlichen Konzepten und Modellen, an denen man sich orientieren könnte. Hinweise aus den Diensten lassen sich dahingehend interpretieren, dass vor allem Präsenz in den Gemeinden dazu führt, Ansprechpartner für Institutionen und Nichtprofessionelle zu werden, Vertrautheit mit lokalen Strukturen zu gewinnen. Die so aufgebaute Möglichkeit, vor Ort sozial kompetent zu handeln, wäre die Voraussetzung, Arbeitsansätze regionalspezifisch weiterentwickeln zu können und auf diese Weise dazu beizutragen, ein dichteres Netz von Hilfen allmählich entstehen zu lassen. Hierzu bedarf es natürlich auch institutioneller Hilfe, etwa um weitergehende Planungen initiieren zu können. Eine solche Funktion sollen zum Beispiel die Sozialpsychiatrischen Arbeitskreise auf Landkreisebene einnehmen.

Die hierzu von den befragten Diensten eingebrachten Erfahrungen deuten allerdings darauf hin, dass initiiierende, planende, erörternde oder auch koordinierende Impulse dieser Gremien eher die Ausnahme als die Regel sind. Die Häufigkeit der Zusammenkünfte lässt wohl auch weitergehende Beschäftigung nicht zu. So berichteten viele Dienste, dass ein zweimaliges Treffen im Jahr durchaus obligatorisch sei, darüber hinaus aber kaum Aktivitäten zu verzeichnen sind, so dass auch hierüber keine Öffentlichkeit für die Problemlagen der Betroffenen entsteht.

In Städten und Großstädten ist demgegenüber Alltag stark mediatisiert. Und hier treffen die Betroffenen auch stärker auf Nischen der Anonymität, lässt sich Hilfe z. T. auch anonymer gestalten, als etwa unter den Augen einer dörflichen Gemeinde. Zwar wird hier verrücktes Verhalten eher toleriert, jedoch bei Störungen im täglichen Zusammenleben auch schneller auf z. B. polizeiliche Intervention zurückgegriffen, die dann häufig wieder sozialarbeiterische Interventionen nach sich zieht. Gravierende soziale Probleme treten hier deutlicher und schärfer hervor als im ländlichen Raum, z. T. auch bedingt durch die Lebenssituation der überwiegend allein stehenden Klientel. Die Isolation der Betroffenen zeigt sich auch im ländlichen Raum, doch ist die Gefahr der Vereinsamung oder auch des Wohnungsverlustes ein ausgeprägtes Merkmal städtischer Klientel, die alleine lebt. Basale Versorgung zu sichern und Anbindung an die Dienste zu ermöglichen, um Drehtürkarrieren im psychiatrischen Hilfesystem und den sozialen »Agenturen« der Großstadt zu verhindern, sind u. a. Merkmale städtischer Betreuungsarbeit. Der stärker segmentierte Charakter städtischer Sozialbeziehungen geht häufig auch einher mit weniger persönlichen Kontakten, die weit verzweigter erscheinen. »Dieser Sachverhalt kann für die soziale Kontrolle von Verhaltensformen außerhalb des intimen persönlichen Bereichs durchaus relevant sein, so daß die Städte im Bereich von Kontakten der Halbdistanz mehr der Gefahr der Anomie ausgesetzt sind als kleine Gemeinden.« [PAPPI, MEHLBECK 1988, S. 248]

Demgegenüber zeichnet sich für den ländlichen Raum und seine sozialen Beziehungen das ambivalente Verhältnis von besserer Überschaubarkeit und z. T. auch Einbindung bei gleichzeitig stärkerer und direkt spürbarer sozialer Kontrolle ab.

Darüber hinaus sind für unsere Untersuchung jedoch die deutlich gewordenen unterschiedlichen Einstellungen und Deutungsmuster im Zusammenhang mit sozialen Problemen und institutionellen sozialen Hilfen von Relevanz, die u. a. auch ihren Ausdruck finden in regionalen Mustern der Lebensbewältigung, resultierend aus dem regional geprägten Alltag und seinen formellen und informellen Öffentlichkeiten, die es unserer Meinung nach in der Arbeit zu berücksichtigen gilt.

Prozesse sozialer Integration, so können wir insgesamt festhalten, »verlaufen nicht in der direkten Konfrontation zwischen Person und Gesellschaft, sondern sind sowohl sozialräumlich und institutionell vermittelt« [BÖHNISCH, FUNK 1989, S. 204]. Familie und Beruf, die lebensweltliche Einbindung und soziale Zugehörigkeit zu spezifischen Milieus markieren sozialintegrative Zusammenhänge. Für die chronisch psychisch Kranken, die in der Regel nicht mehr im Berufsleben eingebunden sind, zu einem großen Teil auch nicht mehr über größere Netzwerke und Unterstützung verfügen, erscheinen die Gelegenheitsstrukturen für Kontakte und Begegnungen in sozialräumlichen Zusammenhängen als besonders relevant. Gerade »in dieser sozialräumlichen Dimension sind«, wie auch wir herausfanden, »erhebliche Unterschiede zwischen Stadt und Land festzustellen« [a. a. O. 1989, S. 204].

Haben wir es im städtischen Bereich mit einem Sozialerleben zu tun, das »weitgehend institutionell mediatisiert ist«, in dem »gleichzeitig die verschiedenen Lebensbereiche voneinander getrennt sind, so daß räumliches Sozialerleben nur noch in Segmenten und bestimmten Lebensbereichen möglich ist«, hat sich demgegenüber »auf dem Lande bis heute eine ausgeprägte sozialräumliche Durchgängigkeit der Lebenswelt (erhalten)« [a. a. O., S. 204]. Diese drückt sich u. a. aus in Vorstellungen von Lebensformen und Lebensweisen (bei den Betroffenen z. B.: wenn ich Familie hätte, wenn ich Arbeit hätte, wenn ich ein Haus gebaut hätte usw.) und wirkt bei Nichterfüllung auf den Status im dörflichen Sozialgefüge, entscheidet wesentlich über Ein- oder Ausschluss im dörflichen Milieu.

Für die Sozialpsychiatrischen Dienste ergeben sich aufgrund der unterschiedlichen sozialräumlichen Sozialbeziehungen divergierende Schwerpunkte in der Arbeit. Geht es im städtischen Bereich stärker darum, der Segmentierung durch Verortung zu begegnen, so stellt sich für die ländlichen Dienste stärker die Frage, wie über den Ort des Dorfes hinaus, in der Region, neue Formen der Gesellung zu ermöglichen sind, in denen die Betroffenen soziale Geborgenheit erfahren können.

Von besonderer Bedeutung erscheint uns insgesamt die Notwendigkeit der Abkehr von hierarchischen Zuordnungen, die ihren Ausdruck z. B. in der Behauptung von der schwierigeren städtischen Klientel finden. Denn die sozialräumlichen Lebenszusammenhänge wirken auf die Genese sozialer Probleme und ihre öffentliche Anerkennung, sie bringen lebensweltliche Bewältigungsmuster hervor, die es in ihrer regionalen Spezifik zu rekonstruieren und erkennen gilt.

Die regionalen Besonderheiten zu entschlüsseln und nicht zu hierarchisieren, bedeutet auch, die unterschiedlichen Formen der Institutionalisierung der Träger auf städtischer und ländlicher Ebene zu berücksichtigen.

So haben sich bei den freien Trägern im städtischen Bereich häufig Fachabteilungen herausgebildet, die dann auf planender und koordinierender Seite in kommunalpolitischen Zusammenhängen gezielt agieren (können). Im ländlichen Bereich stehen dem auf Trägerseite häufig Ein-Mann/Frau-Betriebe gegenüber, die für die gesamte Angebotspalette des

Trägers in dem jeweiligen Landkreis zuständig sind und Verhandlungen zu führen haben. Das wiederum bringt auch die Gefahr mit sich, vor allem dort präsent zu sein, wo zentrale Themen verhandelt werden oder auch sich zukünftige Arbeitsbereiche und Felder erschließen lassen. Prioritäten in der Trägervertretung erfolgen daher z. T. auch nach einer anderen Logik, als diese an der Fachbasis erörtert und gewünscht werden. Kleinere Vereine, die nicht zu dem etablierten Kreis der freien Träger gehören, haben es im ländlichen Raum besonders schwer, sich auf der Ebene der Verwaltung Gehör zu verschaffen und anerkannt zu werden. Das mangelnde Engagement im Hinblick auf planende und innovative Aktivitäten, über das u. a. auf Landkreisebene berichtet wurde, erschwert die intermediäre Funktion dieser Dienste, und führt dazu, nach Ansprechpartnern suchen zu müssen. Der Wunsch nach sozialpolitischem Engagement, wie er vereinzelt von den Diensten formuliert wurde, scheitert daher z. T. an diesen strukturellen Bedingungen. Sie scheinen dort in Ansätzen veränderbar, wo, wie wir in einem Landkreis feststellen konnten, Trägerspitze, Fachbasis und Selbsthilfeinitiative beharrlich die psychosoziale Versorgung thematisch besetzten und auf Kreisebene versuchten, sowohl mit den Fachvertretern der verschiedenen Institutionen als auch den Vertretern der Parteien ins Gespräch zu kommen.

4.2 Kurative und rehabilitative Potenziale in alltäglicher Betreuung und Begleitung

Seit den Empfehlungen der Expertenkommission zur Versorgung psychisch Kranker hat zwar keine Strukturreform der Psychiatrie stattgefunden [vgl. KEUPP 1995, S. 489], entstanden sind jedoch verschiedene Angebote, die neben dem akut-medizinischen Bereich die Versorgung der Betroffenen sichern sollen. Hierbei nehmen die beratenden und begleitenden Hilfen der Sozialpsychiatrischen Dienste eine besondere Rolle in der Angebotsstruktur ein. Aufgrund ihres gemeindenahen Zuschnitts und der Breite ihrer Zuständigkeiten scheinen selektive Momente in diesen institutionellen Zusammenhängen eingeschränkter zu sein als bei anderen Hilfeformen. Häufig beginnt in den Sozialpsychiatrischen Diensten die Betreuung an dem Punkt konstatiertes Chronifizierung der »Abweichung im Inneren« und nach langer Odyssee durch verschiedene offene und geschlossene Versorgungsangebote. Für den Versorgungsauftrag dieser Dienste gilt, dass er auch dort weiterbesteht, wo ärztliches und psychotherapeutisches Handeln an Grenzen gerät und Interventionen aus diesem professionellen Umfeld nicht »greifen«.

In unserem theoretischen Bezugsrahmen gingen wir von einem Konzept aus, das den Alltag als Gegenstand professionellen Handelns hat. Auch aus medizinischer und psychotherapeutischer Perspektive erscheint die »Bewältigung des selbstorganisierten alltäglichen Lebens« [BRUNS 1998, S. 8] als Meilenstein zur Überwindung der regressionsfördernden Auswirkungen stationärer Unterbringung:

»Bereits die Bewältigung des selbstorganisierten alltäglichen Lebens verlangt den Einsatz verschiedener Ich-Funktionen: Denken, Planen, Erinnern, Koordination, Realitätskontrolle, Bewegung, Triebkontrolle, Kommunikation. Sozialpsychiatrische Aktivitätsanforderungen zwingen zum Einsatz von Ich-Funktionen; sie ersetzen die sonst durch den Alltagsablauf entstehenden Anforderungen der Realitätsbewältigung. In einem gestuften Aufbau können sie den Patienten wieder an den vollen Umfang der im Alltag geforderten

Ich-Leistungen heranzuführen. Dieses Vorgehen verhindert, begrenzt oder verkürzt zumindest Zustände ausgeprägter Ich-Regression mit der weitgehenden Aufgabe von Ich-Funktionen. Zugleich werden zwei progressionsfördernde Momente angesprochen: die Funktionslust und der narzißtische Gewinn aus dem Erfolg. Eine prinzipiell vorhandene Fähigkeit einzusetzen, ist mit einem Lustempfinden verbunden. Der Spaß, etwas zu tun, was man kann, führt auch zur Wiederholung. Er verbindet sich mit dem Stolz und der Freude, etwas hinbekommen zu haben.« [BRUNS 1998, S. 8]

Das Konzept des gelingenderen Alltags [THIERSCH] weist jedoch über eine alltagspraktische Unterstützung hinaus. Denn es geht hierbei auch um die Entschlüsselung der Bornierungen und Ausgrenzungen im Alltag: die Ambivalenzen alltäglicher Routinen und Typisierungen, die einerseits Sicherheit und Halt geben, aber auch zu Pragmatismus verführen, Widersprüche einebnen, Schwieriges und Ungewohntes auszugrenzen versuchen. Ein sozialwissenschaftlich fundiertes Alltagskonzept versucht immer auch, diese Ambivalenzen zu rekonstruieren. Ein so verstandenes Alltagskonzept bietet sich ebenfalls zur theoretischen Unterfütterung eines »case management« an, um zu verhindern, dass es sich nicht in der Organisation von Rehabilitationsplänen erschöpft. Denn nur mit der theoretischen Fundierung können die sozialintegrativen und sozialtherapeutischen Inhalte des Konzepts bestimmt werden. Zentral erscheint uns dabei aufseiten der Betroffenen sowohl die Rückgewinnung von Handlungsfähigkeit als auch die Partizipation an sozialen Lebenswelten, in denen nicht Ärzte, Sozialarbeiter und Therapeuten mit ihren rollenförmigen Beziehungen dominieren. Es geht um eine einzunehmende Perspektive, die es zulässt, »Differenzen anzuerkennen, ohne sie therapeutisch ›normalisieren‹ zu wollen« [v. KARDORFF 2001, S. 1439].

In unseren Überlegungen zur Handlungsfähigkeit im Alltag konstatieren wir, dass die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen, der Verlust von Gewissheit und Fraglosigkeit in alltäglicher Lebenswelt, die kommunikativen Verfremdungen im Alltag, die soziale Entbundenheit sowie die aus dem Krankheitsprozess resultierenden biografischen Verwerfungen der Betroffenen restriktiv auf Partizipation wirken. Restitution alltäglicher Kompetenzen wäre wesentliches Element im Hilfeprozess. Dabei sind die verschiedenen Ebenen der Einschränkung und ihr wechselseitiger Bezug zu berücksichtigen. Denn die krankheitsbedingten Einschränkungen in der Erfüllung beruflicher Anforderungen, sozialer Rollen oder der Bewältigung des Alltags bewirken ja gerade soziale Isolation und Stigmatisierung, führen zu *gegenseitigem* Rückzug.

Während im therapeutischen Setting der Gegenhorizont zum »normalen« gesellschaftlichen Alltag konstitutiv wirkt, die formalen Rollen im Handeln zurücktreten zugunsten von Spontaneität, Authentizität, Wahrhaftigkeit und emotionaler Betroffenheit [vgl. GILDEMEISTER 1989, S. 304], geht es in der alltagsorientierten Begleitung auch gerade darum, »die Handlungsfähigkeit der erkrankten Person in bezug auf die Alltagsrollen zu bessern; die Rollenerwartungen der Rollenpartner in den Alltagssituationen den Einschränkungen der erkrankten Person anzupassen« [KUNZE u. a. 1995, S. 457].

Damit wollen wir nicht generell die Angemessenheit psychotherapeutischer Arbeit in Frage stellen. Wir gehen jedoch davon aus, dass die lebensweltliche Öffnung in gemeindepsychiatrischer Arbeit und die Orientierung an der Verbesserung der Handlungsfähigkeit im Alltag andere Interaktionsprozesse zwischen Betroffenen und Betreuern voraussetzen, als dies in therapeutischen Zusammenhängen üblich ist, da ja auch bei konstatierte

»Therapieresistenz« die Betreuung und Begleitung nicht obsolet wird. Zu nennen sind dabei u. a. die Deutungen und Interpretationen der Betroffenen, die es zu rekonstruieren gilt, sowie die Beleuchtung des Kontextes, in dem Interaktionskompetenz und Handlungsfähigkeit erweitert werden soll. Dabei folgen wir nicht etwa dem Muster, das davon ausgeht, dass therapeutische Rituale der Selbsterforschung bei psychotischem Leid nicht angezeigt, sondern eher auf die Realität hin zu orientieren sei, sondern gehen davon aus, dass die spezifische Aufgabe von Sozialarbeit in gemeindepsychiatrischen Arbeitszusammenhängen darin besteht, soziale Zugehörigkeit und Partizipation sichern zu helfen. Je mehr psychiatrische Kliniken in ihrer Organisation dem Muster therapeutischer Ersatzwelten folgen, die kurzfristig behüten und beschützen, Gemeinschaft im Kleinen inszenieren, desto ausgeprägter stellt sich in gemeindlichen Zusammenhängen die Aufgabe, die verloren gegangenen Idealisierungen des Alltags in Ansätzen zu rekonstituieren. Sie sind unserer Meinung nach basale Voraussetzungen, um soziale Bezüge zur Umwelt, die krankheitsbedingt verloren zu sein scheinen, wiederherzustellen. Dabei sehen wir in der Konzentration auf die Bewältigung des Alltags im Gegensatz zu GILDEMEISTER jedoch nicht nur die Bewältigung praktischer Probleme des Zusammenlebens [vgl. GILDEMEISTER 1989, S. 223], sondern stellten fest, dass auch hierbei, in der Hilfe zur Bewältigung des Alltags, um »soziale Bezogenheit« gerungen wird. Soziale Bezogenheit kann nicht abgetrennt werden von Alltagsbewältigung, sondern gerade auch hierin liegen Potenziale, die es ermöglichen, »einen deutend-verstehenden Umgang mit dem eigenen Ich und mit anderen« herzustellen, »um auf dieser Basis sich mit anderen verbunden zu erleben, eine gemeinsame Welt zu bewohnen« [a. a. O., S. 223]. Die Besonderheit gemeindenaher Hilfen besteht gerade darin, dass die Fokussierung der Institution Sozialpsychiatrische Dienste auf soziale Bezogenheit im Alltag gerichtet ist, um die in den unterschiedlichen Hilfeangeboten von Betreuung im Einzelfall bis hin zur Tagesstrukturierung und Gruppenangeboten immer wieder gerungen wird.

Wie wir in der Untersuchung gesehen haben, bezieht sich die Hilfe der Sozialpsychiatrischen Dienste in starkem Masse auf von Chronifizierung betroffene psychisch kranke Menschen. Aus präventionstheoretischer Sicht kennzeichnet die Arbeit der Dienste weniger das vorbeugende Eingreifen, sondern bildet sich in vielfältigen »Interventionen« ab, als »nachgehende(n) Eingriffe(n) gegenüber bereits manifesten Störungen« [BÖLLERT 2001, S. 1394] ab. Gegenüber den Optionen der Primärprävention mag dies als Reduktion erscheinen. In Anlehnung an KEUPP gehen wir jedoch davon aus, dass aufgrund der Einbindung der Dienste in territoriale Versorgungszusammenhänge sowie ihrer Öffnung hin zu den Lebenswelten und den Gemeinwesen ein Institutionentypus entstand, in dem die präventiven Potenziale erheblich über denen mit »klassisch kurativ-therapeutischen Funktionen« [KEUPP 1995, S. 499] liegen. Die Wirksamkeit dieser Potenziale entfaltet sich jedoch nicht »naturwüchsig« durch Niederlassen der Dienste in den Territorien. Erst der Bezug auf die regionalen Alltagswelten und die Entschlüsselung der Muster von Ausgrenzung und Prozessierung ermöglichen die Konzeptionierung von Unterstützung und Begleitung, die Erschließung von Ressourcen und die Förderung von Netzwerken.

4.3 Anregungen für eine regional bezogene sozialpsychiatrische Arbeit

Fasst man die qualitativen Dimensionen sozialpsychiatrischer Arbeit zusammen, so ergibt sich folgendes Aufgabenspektrum: soziale und emotionale Unterstützung der psychisch Kranken, Schutzgewährung, Netzwerkförderung sowie die Erschließung materieller Hilfen. Entsprechend dem Grundgedanken der Gemeindenähe sozialpsychiatrischer Versorgung kommt dem Umfeld und der Umfeldorientierung im Hilfeangebot besondere Bedeutung zu.

Vor dem Hintergrund des »Alltags« als Gegenstand sozialpädagogischer Intervention gilt es, in der Institution Sozialpsychiatrische Dienste sowohl alltägliches Wissen über die Betroffenen als auch über die jeweiligen Regionen zu »reflektiert verfügbarem fachlichem Wissen« [GÄNGLER, STEIN 1990, S. 197] zu entwickeln. In der Begleitung und Betreuung der psychisch kranken Menschen ginge es somit darum, dass unter dem Gesichtspunkt von Alltagsbetroffenheit ihnen Raum gegeben wird, Erfahrungen und Einschätzungen zu ihrer alltäglichen Situation wiederzugeben. Erschließen ließe sich dies über

- selbstberichtete Formen der Problemlösung angesichts des Spannungsverhältnisses von Alltags selbstverständlichkeit und erodiertem Alltag,
- die selbstberichteten eigenen Belastungen durch die Krankheit,
- die selbstberichteten Erfahrungen mit dem Umfeld,
- die selbstberichteten Erfahrungen mit den regionalen Lebenswelten, sowohl der Verankerung als auch der Verstrickung in ihnen.

Ein so gewählter Zugang – behutsam initiiert – enthält die Möglichkeit der Reflexion über Alltags selbstverständlichkeit und Alltagsbetroffenheit. In einer solchen Alltagsreflexion können einerseits Leiden und Unzulänglichkeiten benannt, andererseits auch Wünsche und Hoffnungen ausgedrückt werden. Die Vergewisserung seiner Selbst im Alltag trägt bei zur Herausbildung von Handlungsfähigkeit und Identität.

Neben diesem methodischen Zugang im personalen Bereich, der sich am Paradigma der Ethnomethodologie und einer hermeneutisch begründeten Soziologie orientiert, bedarf es jedoch auch eines methodischen Zugangs zur Region. Wie wir in der Untersuchung gesehen haben, verfügen die Mitarbeiter der Dienste über ein vielfältiges Wissen über ihr regionales Umfeld. Doch ist es ihnen im Arbeitsalltag nicht immer präsent, verliert es sich bei der Bewältigung der Fülle von »Einzelfällen«. Um jedoch in der Arbeit von einer »Maßnahmeorientierung« zu einer »Umfeldorientierung« zu gelangen, wäre es notwendig, dass auch das regionale Alltagswissen zu »reflektiert verfügbarem fachlichem Wissen« [GÄNGLER, STEIN a. a. O.] entwickelt wird. Ein solcher Zugang entsteht durch regionale Analysen. Hierzu bieten sich einerseits das Sammeln zugänglicher quantitativer Materialien über die Region – Statistiken der Sozialverwaltungen und Statistischen Landesämter – an, andererseits – auf der qualitativen Ebene – Gespräche mit Schlüsselpersonen in den Gemeinde, wie z. B. Lehrer, Pfarrer, Sozialarbeiter, Mitarbeiter in Sozialstationen. Während sich in den Statistiken die mess- und zählbare Wirklichkeit einer Region widerspiegelt, können Schlüsselpersonen sowohl über das soziale Klima in der Region als auch den Umgang mit Lebensschwierigkeiten Auskunft geben.

Regionale Analysen können sowohl Anstoß zur Bildung eines »ideellen Milieus« [BERGOLD, FILSINGER 1993, S. 49 ff] der institutionellen Akteure als auch für eine »Regionalentwicklung« [ARNOLD, STAUBER 1993, S. 262 ff] sein. Die Entwicklung hin zu einem

ideellen Milieu und regionalem Bewusstsein der institutionellen Akteure entsteht in Diskursgemeinschaften: »Damit ist selbstverständlich nicht nur das direkte Gespräch zwischen Personen oder in Gruppen gemeint, sondern auch die Auseinandersetzung des Einzelnen mit schriftlichen Artefakten, also Büchern, Artikeln, Verordnungen, Akten, Fallberichten usw.« [BERGOLD, FILSINGER 1998, S. 247]

In den urbanen Versorgungszusammenhängen spielt Kooperation in den ideellen regionalen Milieus eine große Rolle, wie wir in unserer Untersuchung herausfanden. Im ländlichen Raum zeichnet sich aufgrund der geringeren institutionellen Dichte sowie der vielen kleinen Dörfer, die es zu versorgen gilt, eher ein »Einzelkämpfertum« in der Arbeit ab. Ansatzweise stießen wir aber auch hier auf regionale Milieus, die sich in jahrelanger und beharrlich betriebener Kooperationsarbeit entwickelt hatten.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den regionalen Versorgungszusammenhängen sind wir der Meinung, dass die jeweiligen ideellen Milieus ihre Versorgungskonzepte regionenspezifisch sowohl zu überdenken als auch zu konzipieren haben. Beiden gemein ist, dass eine lineare Weiterentwicklung der Versorgung als nicht sinnvoll erscheint. In den urbanen Zentren sehen wir, dass die Vernetzung und Implementierung der psychiatrischen Angebote auch in ein Dilemma führen kann: Denn ein möglichst optimales Versorgungsmanagement birgt auch die Gefahr, dass die Betroffenen in »Versorgungsketten« rotieren [vgl. BERGOLD, FILSINGER 1998, S. 236; vgl. ENGFER, BAUER 1991], sich vom übrigen sozialen Leben abkapseln und die Betroffenen sich – trotz der »Entlassung« in die Gemeinde – immer mehr von dieser entfernen.

Demgegenüber schlagen wir vor, in den Städten, Kleinstädten und ländlichen Räumen durch gemeinwesenorientierte Arbeitskonzepte und Netzwerkförderung die Lebensbedingungen der psychisch kranken Menschen verbessern zu helfen. Gegenstand der Intervention wäre somit in Ergänzung zu dem personenbezogenen Alltag der Alltag im sozialräumlichen Zusammenhang: die Lebenschancen und Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch die Handlungsspielräume und Möglichkeiten der Partizipation. In einem solchen Konzept ergänzen sich Fall- und Feldbezug in der Arbeit, sind beide gleichberechtigt. Ganz allgemein bezieht sich ein solches Arbeitskonzept auf die Verbesserung der sozialen Infrastruktur im Gemeinwesen und eine sozialräumlich orientierte Unterstützung des Alltags. Die Pflege und der Erhalt tragfähiger sozialer Milieus sind dabei zentrales Anliegen. Dabei ist festzuhalten, dass in dem sozialpädagogischen Milieukonzept »nicht einfach ›neue‹ oder ›andere‹ Milieus« [BÖHNISCH 1994, S. 212] hergestellt werden können, sondern »daß wir unsere Arbeitsformen so gestalten, daß sie ›qualitative Milieubildung‹ fördern« [a. a. O., S. 213]. Im Zuge von Modernisierungsprozessen und Vergesellschaftungskontexten können sich Milieus »offen aktiv oder regressiv entwickeln« [a. a. O., S. 213]. Offene Milieus zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf diskursive Prozesse der Verständigung setzen – »im Respekt vor der Integrität des anderen« [a. a. O., S. 215]. Derartige Milieukomponenten mit einer Affinität zu Dimensionen von Gemeinschaft, dem »Engagement nicht nur für die eigenen Belange sondern auch für die Rechte (z. B. Menschenrechte) und sozialen Chancen anderer« [a. a. O., S. 215] bilden Bezugsrahmen und Anknüpfungspunkte milieuerorientierter Sozial- und Gemeinwesenarbeit. In Anlehnung an Böhnisch verstehen wir unter »Milieu die räumlich und zeitlich begrenzte Nahwelt, ein besonderes psychosoziales Aufeinanderbezogensein, eine typische, meist gruppen- oder gemeinwesenvermittelte Gegenseitigkeitsstruktur« [a. a. O., S. 217]. Wir gehen davon aus,

dass offene Milieus in der Nahumwelt der psychisch Kranken ein wichtiger Bezugspunkt in der alltäglichen Lebensbewältigung sind und sozialintegrative Wirkung entfalten können. Die sozialräumliche Perspektive im sozialpädagogischen Handeln bezieht sich somit auf Entwicklungsprozesse in der Region und fragt auch danach, wie diese durch Soziale Arbeit »verändert, beeinflusst und gesteuert werden können« [SCHUMANN 1997, S. 241].

Um einen solchen Arbeitsansatz zu initiieren, bedarf es in einem ersten Schritt der Analyse der Region. Methodische Orientierung bieten hierbei der Gemeindeforschung entlehnte Untersuchungsansätze, die neben den Aufbereitungen vorhandener sozialstatistischer Daten ebenso qualitative Sozialraumanalysen anregen, in denen die Sichtweisen von Experten (Polizei, soziale Institutionen) und Betroffenen zu der Region erhoben werden. Komplementiert werden kann dieser Ansatz auch durch Protokollierung von Begehungen, Beobachten und Erkundungen der Region [vgl. KREBS 1978; SCHUHMAN 1997]. In dieser Vorgehensweise böte es sich auch an, dass die psychisch Kranken »zu Aspekten ihres Lebensraums, ihrer Freizeitgewohnheiten, vorhandener Angebotsstrukturen, Szenen (...) Bedürfnislagen befragt« werden [SCHUHMAN 1997, S. 245]. Gemeinsam mit den Sozialarbeitern könnten die Betroffenen »subjektive Landkarten« erstellen und somit »Aufschluß über die Aktivitäten im Umkreis des Sozialraums und die Art ihrer Raumeignung« [a. a. O., S. 245] geben.

In einem weiteren Schritt wären die Sichtweisen der Betroffenen und der Institutionenvertreter ins Verhältnis zu setzen, z. B. durch Austausch von Fachbasis und Betroffenen. Ein solches Vorgehen hätte den Vorteil, dass hierbei die verschiedenen sozialen Sichtweisen und Interessenlagen prononciert herausgearbeitet würden und danach gefragt werden könnte, ob die verschiedenen Träger der sozialen Arbeit zur Entwicklung einer Kultur des Gemeinwesens beitragen können und ob die Angebote die Betroffenen erreichen. Ein solcher, sich an sozialökologischer Forschungstradition orientierender, Erhebungsansatz könnte Grundlage einer Gemeinwesenarbeit sein, die versuchte, »die Lebensqualität durch Erweiterung der individuellen Handlungsfähigkeit zu steigern, indem die Bewohner gemeinsam die eigenen Lebensbedingungen Stück für Stück zu verbessern trachten. Je mehr das Angebot an Handlungsalternativen wächst, desto größer werden die Handlungsspielräume der Menschen. Größere Auswahlmöglichkeiten erleichtern die Identitätsfindung und stärken das Selbstbewußtsein« [JÄGER, KUPSKE 1977, S. 146f].

Ein solches Vorgehen versteht sich als Sicherung eines Versorgungskonzeptes, das sowohl von Kontinuität als auch von der Wahlmöglichkeit in der Versorgungsstruktur ausgeht. In dem Zusammenspiel von Optionalität und Kontinuität lassen sich die unterschiedlichen Lebenswelten und Bedürfnisse der Betroffenen ausbalancieren. Anhand einer Befragung von Klienten eines Berliner Bezirks »läßt sich deutlich erkennen, daß die Bedürfnisse der Klientinnen unterschiedlich gelagert sind, aber ein angemessenes Angebot, verbunden mit der Wahlmöglichkeit, allen gemeinsam entspricht« [BERGOLD, FILSINGER 1988, S. 256]. Ein sozialräumlich orientierter Versorgungsdiskurs enthält darüber hinaus auch die Möglichkeiten der Aktivierung von Initiativen und Gruppen und kann auch als Anstoß von Entwicklungsprozessen im Sozialraum gesehen werden [vgl. SCHUHMAN 1997, S. 243].

Für die ländlichen Räume stellt sich die Anforderung an eine optionenorientierte Gemeinwesenarbeit und Versorgungskultur in analoger Form. Allerdings sind hierbei die regionalspezifischen und soziokulturellen Unterschiede zu den urbanen Zentren zu be-

rücksichtigen. Die Annäherung an die Region sollte ebenso wie in den Städten durch quantitative und qualitative Erhebungsmethoden erfolgen. Die statistischen Daten der Region geben Auskunft über strukturelle Eigenschaften. Kombiniert mit qualitativer Befragung regionaler Experten sowie der Betroffenen und ihrer Angehörigen zur Außen- und Familienorientierung, ihren Verankerungen in der Region und zu ihren Bedürfnissen entsteht ein differenziertes Bild regionaler Lebenslagen und Lebenswelten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Muster der Problembewältigung in ländlichen Regionen vor allem auch in privaten Beziehungsnetzen stattfinden und eine Diskussion über Versorgungsstrukturen weniger in dörflichen Zusammenhängen als vielmehr in dorfübergreifenden regionalen Kommunikationsstrukturen erfolgen muss.

Wir gehen davon aus, dass in einer dorfübergreifenden Verortung und Vernetzung sozialer Infrastruktur Ansatzpunkte für die Entwicklung optionaler Versorgungsstrukturen liegen, die die Zugangsschwellen sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen minimieren. Dies bedeutet, dass sich die Dienste Kenntnisse über die regionalen Strukturen und Lebenswelten aneignen müssen, um Unterstützungszusammenhänge herstellen zu können. Wie wir in unserer Untersuchung gesehen haben, bieten die ländlichen Gemeinwesen mit ihren Gesellungsformen den psychisch kranken Menschen ebenso wenig und selbstverständlich soziale Anknüpfungspunkte wie die städtischen Gemeinwesen. Darüber hinaus lässt die dörfliche Welt kaum andere identitätsstiftende Handlungsmöglichkeiten zu. Die familialen Netze sichern zwar den Lebensunterhalt und wirken unterstützend, aber es gibt auch kaum Möglichkeiten, sich aus dieser fürsorglichen Umklammerung zu befreien: Auch dies fördert Chronizität und nicht etwa Selbstständigkeit. Den mangelnden Entwicklungsmöglichkeiten der Betroffenen auf dörflicher Ebene stehen die Überlastungen der Angehörigen gegenüber.

Eine je spezifische Option in der Versorgung oder auch Entlastung scheint nur dorfübergreifend auf regionaler Ebene gelingen zu können. Mit dem Entstehen von »regionalen Zentren« besteht die Möglichkeit, dass Betroffene und Angehörige sukzessiv auf institutionelle Hilfe zurückgreifen können. In solchen regionalen Zentren oder Projekten besteht auch die Möglichkeit, bislang »verdeckte Konfliktfelder zu öffnen, um (sozialpolitischen – d. Verf.) Themen eine regionale Öffentlichkeit zu verschaffen« [STAUBER, WALTER 1995, S. 155]. Hier könnten auch Reformen für die ländlichen Räume angestoßen werden, die, wie wir in einem Fall exemplarisch sahen, durch das Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen vielfältige Aus- und Abstrahlungseffekte in die Region haben, das soziale Klima einer Region nachhaltig beeinflussen können.

Der Alltag der Betroffenen und ihrer Familien und ihre Problemlösungsmöglichkeiten werden in starkem Maße durch externe Ressourcen und ihre Zugänglichkeit beeinflusst. Dort wo es gelingt, eine Öffnung des internen sozialkulturellen Milieus der betroffenen Familien zu externen sozialkulturellen Milieus zu erreichen, kann unserer Meinung nach die Bewältigung von Lebensschwierigkeiten integrierter erfolgen.

Noch bevor Alltag und Lebenswelt als Theoreme in sozialpsychiatrischer Arbeit entsprechenden Niederschlag finden, scheinen sie schon von neuen Kategorien überrollt. Statt des »hilflosen Kranken« scheint nunmehr der Klient als »Experte« gefragt, der trotz der unübersichtlichen Versorgungsangebote und divergierenden Konzepte zum »Nutzer« mutiert, sich in Beschwerdekommisionen artikuliert und auch zur Qualitätssicherung

seines Hilfeangebotes beiträgt. Sind nicht zuerst Alltag und Lebenswelt analytisch zu erfassen, um überhaupt einen Anhaltspunkt für die Qualität der zu erbringenden Leistung zu haben? Und wie verhält es sich bei den Betroffenen, die demoralisiert und z. T. auch verstummt, dem partizipativen Anliegen nicht entsprechen können, denen das Geld – als Schlüssel zum Markt und autonomen Nutzen – einfach fehlt? Es gilt auch zu bedenken, dass »mit der Erosion der wohlfahrtlichen Sozialintegration auch die soziale Akzeptanz der menschlichen Hilflosigkeit brüchig geworden ist, sich der soziale Druck, sich ständig beweisen zu müssen, über den nachwohlfahrtlichen Individualisierungsschub noch verstärkt hat, die Schutz- und Übergangsräume für das Ausleben dieser Hilflosigkeit kleiner und separierter geworden sind« [BÖHNISCH 1994, S. 194]. Im Zusammenhang mit der Berliner Untersuchung stellt sich auch die Frage nach dem Umgang in der jeweiligen vorherrschenden (modischen) Versorgungskultur: »Es scheint so, als ob die sich in jüngster Zeit entwickelnde Versorgungskultur, die hier als Empowermentkultur bekannt wurde, nun die ›Lösung‹ wäre. Aber natürlich hat diese auch ihre Ecken und Kanten. Fürsorge ist hier klein geschrieben. Das Verhältnis zwischen Professionellen und Nutzern ist noch weitgehend ungeklärt. Darüber hinaus verweist Empowerment, wie RIGER [1993] ausführt, auf traditionelle männliche Konzepte von Meisterung, Macht und Kontrolle, während weibliche Werte wie Kommunikation und Kooperation zu wenig Beachtung finden.« [SCHÜR-MANN 1997, S. 279] Benötigen wir nicht ein Hilfeverständnis, das mit traditioneller Fürsorge bricht, aber trotz alledem weder über- noch unterfordert, sich nicht nur – wie so häufig in unserer Theorie- und Berufsgeschichte, lediglich an dem orientiert, was gerade »mainstream« ist? Weder »die gängigen Kontroll- und Erfolgskategorien sozialer Arbeit« [BÖHNISCH 1994, S. 196] helfen uns angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung weiter noch gibt uns die Orientierung am »Management« der Versorgung den vermuteten Halt. Demgegenüber halten wir fest, dass vor dem Hintergrund von Individualisierungs- und Modernisierungsprozessen standardisierte und schematische Hilfeformen den Betroffenen nicht gerecht werden können. Gefragt ist eine reflexive institutionelle sozialpsychiatrische Versorgung, die das Überdenken des Hilfeangebotes durch wechselseitigen Austausch zwischen Sozialer Arbeit, Betroffenen und Angehörigen zum Prinzip macht: »Man könnte folgern, Alltag sei historisch überholt. Weniger radikal gedacht aber, und aus der unaufhebbaren Faktizität von Alltagsaufgaben nicht entlassen, wird deutlich, daß sich im Alltag die Gewichte verschieben: Nicht nur Überschaubarkeit und Verlässlichkeit, sondern auch Unzulänglichkeiten, Brüche, Experimente werden wichtig: Alltag wird interessant ›an den Rändern‹ [WALDENFELS 1985]. (...) Wenn aber im heutigen Alltag das Selbstverständliche nicht selbstverständlich ist, muss es immer auch ausgehandelt werden. Alltagshandeln heute ist auch Notwendigkeit und Anstrengung der Vermittlung, ist auch Inszenierung von Alltäglichkeit, ist auch reflektiertes Alltagshandeln.« [THIERSCH 1997, S. 45]

5 Verzeichnis der zitierten Literatur

- ANGERMEYER, M. C., KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk. Ein Konzept für die Psychiatrie. New York, Berlin, Heidelberg 1989.
- ANTONOWSKY, A.: Unraveling the mystery of health. London 1987.
- ARNOLD, H., STAUBER, B.: Regionalanalyse. Zugang zu regionalen Lebenswelten und Anstoß von Regionalentwicklung. In: Neue Praxis, 23. Jg., Nr. 3, S. 262 ff., Neuwied 1993.
- AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN/UELZEN: Ausgrenzen ist leichter. Alltag in der Gemeindepsychiatrie. Rehburg-Loccum 1982.
- BADURA, B., PFAFF, H.: Streß, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41. Jg., Opladen 1989, S. 644–668.
- BATESON, G. u. a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt a.M. 1969.
- BECK, U.: Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheiten, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung sozialer Formationen und Identitäten. In: KRECKEL, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Göttingen 1983, S. 35–74.
- BECK, U.: Die Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M. 1986.
- BECK, U.: Der Konflikt der zwei Modernen. Vom ökologischen und sozialen Umbau der Risikogesellschaft. In: RAUSCHENBACH, Th., GÄNGLER, H. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Neuwied, Berlin 1992, S. 185–203.
- BERGER, H.: Rita – eine gemeindepsychologische Fallstudie. In: KEUPP, H., BILDEN, H. (Hrsg.): Verunsicherungen. Das Subjekt im gesellschaftlichen Wandel. Göttingen, Toronto, Zürich 1989, S. 125 ff.
- BERGOLD, J., FILSINGER, D. (Hrsg.): Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim, München 1993.
- BERGOLD, J., FILSINGER, D.: Vernetzung psychosozialer Dienste und ihre Konsequenzen für Professionelle und Nutzer. Ein Vergleich zwischen den Gesundheitssystemen in BRD und DDR. In: RÖHRLE, B., SOMMER, G., NESTMANN, F. (Hrsg.): Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Tübingen 1998.
- BILDEN, H.: Geschlechterverhältnis und Individualität im gesellschaftlichen Umbruch. In: KEUPP, H., BILDEN, H. (Hrsg.): Verunsicherungen. Das Subjekt im gesellschaftlichen Wandel. Göttingen, Toronto, Zürich 1989, S. 19 ff.
- BÖHM, N.: Frauen – das kranke Geschlecht? Zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Frauen. In: ROMMELSPACHER, B. (Hrsg.): Weibliche Beziehungsmuster. Psychologie und Therapie von Frauen. Frankfurt a.M., New York 1987, S. 71 ff.
- BÖHNISCH, L.: Sozialpädagogik des Kindes- und Jugendalters. Eine Einführung. Weinheim, München 1992 a.
- BÖHNISCH, L.: Ehrenamtlichkeit in lokaler Tradition. In: MÜLLER, S., RAUSCHENBACH, Th. (Hrsg.): Das soziale Ehrenamt. Nützliche Arbeit zum Nulltarif. Weinheim, München 1992 b, S. 135 ff.
- BÖHNISCH, L.: Gespaltene Normalität. Lebensbewältigung und Sozialpädagogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft. Weinheim, München 1994.
- BÖHNISCH, L., FUNK, H.: Jugend im Abseits? Zur Lebenslage Jugendlicher in ländlichen Regionen. München 1989.
- BÖHNISCH, L., GÄNGLER, H., STEIN, G., THIERSCH, H.: Lebensschwierigkeiten und sozialpädagogische Hilfen in ländlichen Regionen. Unveröffentlichtes Manuskript, Tübingen 1988.
- BÖHNISCH, L., SCHEFOLD, W.: Sozialisation durch sozialpädagogische Institutionen. In: HURRELMANN, K., ULICH, D. (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim, Basel, 5. Aufl. 1998, S. 443 ff.

- BÖLLERT, K.: Zwischen Intervention und Prävention. Neuwied, Kriftel, Berlin 1995.
- BONß, W., v. KARDORFF, E., RIEDMÜLLER, B.: Modernisierung statt Reform. Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats. Frankfurt a.M., New York 1985.
- BOSSHARD, M.: Szenen einer Ehe. Wenn Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen und Ärzte ihre Zusammenarbeit beschreiben. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 26. Jg., Nr. 2, Bonn 1996, S. 2 ff.
- BOSSHARD, M., EBERT, U., LAZARUS, H.: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn 1999.
- BREUER, M., DÖRFLER, C., HABEDA, D. u. a.: Ambulante psychosoziale Dienste in ländlichen und kleinstädtischen Regionen. In: Psychosozial, 6. Jg., 1983, S. 135–159.
- BRUNS, G.: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen 1993.
- BRUNS, G.: Einige sozialpsychiatrische Konzepte und ihre Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. In: Sozialpsychiatrische Information, 28. Jg., Bonn 1998, S. 6 ff.
- BUHL, E., ANDREAS-BUHL, P., KOLBERG, P., Stufenrehabilitation. In: FRIEBEN, D.H. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. München, 1979, S. 541 ff.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung«. Psychosoziale Versorgung auf dem Lande. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988.
- BUXTON, E.: Delivering social services in rural areas. In: GINSBERG, L. (Hrsg.): Social work in rural communities: A book of reading. New York 1970, S. 29 ff.
- CASTEL, R.: Vom Widerspruch der Psychiatrie. In: BASAGLIA, F. u. a. (Hrsg.): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt a.M. 1980, S. 81 ff. (Italienische Originalausgabe 1975).
- CHASSÉ, K.: Ländliche Armut im Umbruch. Lebenslagen und Lebensbewältigung. Opladen 1996.
- CIOMPI, L.: Affektlogik. Stuttgart 1982.
- CIOMPI, L., BERNASCONI, R.: »Soteria Bern«. Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthérapie für akute Schizophrenie. In: Psychiatrische Praxis 5/1986, S. 172 ff.
- CLAUSEN, J., DRESLER, K., EICHENBRENNER, J.: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Freiburg 1996.
- COHEN, S.: Soziale Kontrolle und die Politik der Rekonstruktion. In: FRETSEE, D., LÖSCHPER, G., SCHUMANN, K.F. (Hrsg.): Strafrecht, soziale Kontrolle, soziale Disziplinierung. Opladen 1993, S. 209–237.
- COOPER, D.: Tod der Familie. Frankfurt a.M. 1972.
- CREFELD, W.: Wie erfährt der SpD das gemeindenahe psychiatrische Behandlungszentrum? In: PAYK, Th., TRENCKMANN, U. (Hrsg.): Kommunale Psychiatrie. Bestandsaufnahme und Ausblick. Stuttgart, New York 1986, S. 70 ff.
- DANE, Th., WAHNER, R.: Staatlicher Dirigismus und seine Grenzen – Beispiel Hamburg. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 139. Jg., Nr. 1, Stuttgart 1992, S. 289 ff.
- DANGSCHAT, J.S.: Lokale Probleme globaler Herausforderungen in deutschen Städten. In: SCHÄFERS, B., WEWER, G. (Hrsg.): Die Stadt in Deutschland. Opladen 1996, S. 31 ff.
- DANZER, B.: Die »Alltagswende« im Arbeitsfeld Beratung. Regensburg 1992.
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre. Frankfurt a.M. 1969.
- DORNHEIM, J.: Kranksein im dörflichen Alltag. Tübingen 1983.
- DUNKEL, W.: Stabilität und Flexibilität in der alltäglichen Lebensführung. In: JURCZYK, K., RERRICH, M. (Hrsg.): Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie alltäglicher Lebensführung. Freiburg 1993, S. 162 ff.
- DURKHEIM, E.: Der Selbstmord. Neuwied, Berlin 1973 (Originalausgabe 1897).
- EBERT, U.: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 26. Jg., Nr. 2, Bonn 1996, S. 5 ff.

- ELEGETI, H.: Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung. In: *Sozialpsychiatrische Information*, 25. Jg., Nr. 3, Bonn 1995, S. 6ff.
- ELIAS, N.: *Über den Prozess der Zivilisation*. Frankfurt a.M. 1976.
- ENGFER, R.: Psychiatrische Versorgungssysteme aus Sicht der Patienten. In: *Psychiatrische Praxis*, 19. Jg., Nr. 3, Stuttgart, New York 1992, S. 229ff.
- ENGFER, R., BAUER, M.: Verbundsysteme in der Versorgung psychisch Kranker. In: DEWE, B., WOHLFAHRT, N. (Hrsg.): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit*. Bielefeld 1991, S. 130ff.
- FARIS, R.E.L., DUNHAM, W.H.: *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago 1939.
- FENGLER, C., FENGLER, T.: *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethno-methodologische Untersuchung*. Rehburg-Loccum 1990.
- FICHTER, M.: *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin, Heidelberg, New York 1990.
- FINZEN, A.: Die »schizophrenogene Mutter« – Langer Abschied von einem Mythos. In: *Psychosoziale Umschau*, 9. Jg., H. 1, Bonn 1994, S. 2ff.
- FINZEN, A., HOFFMANN-RICHTER, U. (Hrsg.): *Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik mit Texten von Brenner, D. u. a.* Bonn 1995.
- FISCHER, C.: Urbanism as a Way of Life. A Review and an Agenda. *Sociological Methods and Research* 1, 1972, S. 187ff.
- FISCHER, W.: Sozio-biografische Erweiterung des »relationalen Krankenmodells«. In: LUTZ, B. (Hrsg.): *Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung*. Frankfurt a.M., New York 1985.
- FISCHER, M.: Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden (1912). Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege (1919). In: FINZEN, A., HOFFMANN-RICHTER, U. (Hrsg.): *Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik mit Texten von Brenner, D. u. a.* Bonn 1995, S. 29 ff.
- FLICK, U.: *Vertrauen, Verwalten, Einweisen. Subjektive Vertrauentheorien in sozialpsychiatrischer Beratung*. Wiesbaden 1989.
- FLICK, U.: Modernisierung psychiatrischer Versorgung: Sozialpsychiatrische Dienste zwischen Reformpsychiatrie und Stigmatisierung. In: GLATZER, W. (Hrsg.): *Die Modernisierung der Gesellschaften*. Opladen 1991.
- FLICK, U.: Der Sozialpsychiatrische Dienst – Beratungsstelle oder Knoten im Netz? In: BERGOLD, J., FILSINGER, D. (Hrsg.): *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie*. Weinheim, München 1993, S. 159ff.
- FORSCHUNGSGRUPPE HISTORISCHE MODERNISIERUNGSFORSCHUNG: Vorwort. In: KOELBLE, H. u. a.: *Probleme der Modernisierung in Deutschland*, Opladen 1979, S. 5 ff.
- FORSTER, R.: *Psychiatriereform zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung: eine kritische Bilanz*. Opladen 1997.
- FOUCAULT, M.: *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt a.M. 1969.
- FRIEDRICH, J.: *Stadtsoziologie*. Opladen 1995.
- FUNK, H., SCHMUTZ, E., STAUBER, B.: Gegen den alltäglichen Realitätsverlust. Sozialpädagogische Frauenforschung als aktivierende Praxis. In: RAUSCHENBACH, Th., ORTMANN, F., KASTEN, M. (Hrsg.): *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit*. Weinheim, München 1993, S. 155 ff.
- GÄNGLER, H.: *Soziale Arbeit auf dem Lande. Vergessene Lebensräume im Modernisierungsprozeß*. Weinheim, München 1990.
- GÄNGLER, H.: Heile Welt im Modernisierungsschick? Soziale Arbeit auf dem Land: Auffangen von Modernisierungskosten oder Aktivierung von Hilfefpotenzialen. In: PFAFFENBERGER, H., CHASSÉ, K.: *Armut im ländlichen Raum*. Münster, Hamburg 1993, S. 211 ff.
- GÄNGLER, H., STEIN, G.: Organisations- und Strukturprobleme von Jugendämtern in ländlichen Regionen. Exemplarische Analysen zu einem vernachlässigten Thema. In: *Materialien zum 8. Jugendbericht*, Bd. 1: Jugendhilfe. Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen. München 1990, S. 156–200.
- GATZWEILER, H.P.: Entwicklung des ländlichen Raumes im Bundesgebiet – Probleme, Ziele, Strategien aus raumordnungspolitischer Sicht. In: SCHMALS, K.M., VOIGT, R. (Hrsg.): *Krise ländlicher Lebenswelten*. Frankfurt a.M., New York 1986, S. 21 ff.

- GERHARDT, U.: Die Struktur von Patientenkarrerien. In: *Medizin-Soziologie*, 2. Jg., Nr. 2. Berlin 1988, S. 223 ff.
- GILDEMEISTER, R.: *Institutionalisierung psychosozialer Versorgung. Eine Feldforschung im Grenzbe-
reich von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden 1989.
- GILDEMEISTER, R.: Kulturelle Muster des Fehlverhaltens: Psychische Störung und psychisches Lei-
den. In: GLATZER, W. (Hrsg.): *Die Modernisierung moderner Gesellschaften*. Opladen 1991,
S. 273 ff.
- GILDEMEISTER, R.: Heilen – Helfen – Kontrollieren. Über die Veränderung ihrer Relationen im Zuge
von Modernisierungsprozessen. In: OTTO, H. U., HIRSCHAUER, D., THIERSCH, H. (Hrsg.): *Zeit-Zei-
chen sozialer Arbeit. Entwürfe einer neuen Praxis*. Neuwied, Berlin, Kriftel 1992, S. 127–135.
- GILDEMEISTER, R.: Kunstlehren des Fallverstehens als Grundlage der Professionalisierung sozialer Ar-
beit? In: KLEINERT, U. (Hrsg.): *Studienbuch der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit Dres-
den, Sommersemester 1994*, Dresden 1994, S. 63 ff.
- GILDEMEISTER, R., ROBERT, G.: Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In: FREY,
H. P., HAÜßER, K. (Hrsg.): *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*.
Stuttgart 1987, S. 70 ff.
- GOFFMAN, E.: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frank-
furt a. M. 1972.
- HABERMAS, J.: *Theorie kommunikativen Handelns*. Frankfurt a. M. 1981.
- HACKSTÄTTE, H., VATHAUER, H.: Gemeinschaft in der Dorfgemeinschaft. In: *Medium*, 15. Jg., H. 4/5,
1985, S. 44 ff.
- HÄFNER, H.: Geleitwort. In: RÖSSLER, W., FÄTKENHEUER, B., LÖFFLER, W.: *Soziale Rehabilitation Schi-
zophrener. Modell Sozialpsychiatrischer Dienst*. Stuttgart 1993, S. IX–X.
- HAHN, C.: *Soziale Kontrolle und Individualisierung. Zur Theorie moderner Ordnungsbildung*. Bonn 1995.
- HALBFELLNER, E.-M., RITTMANNBERGER, H.: Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch
Kranker. Eine Netzwerk-Untersuchung. In: *Psychiatrische Praxis*, 22. Jg., Nr. 2, Stuttgart 1995,
S. 145 ff.
- HASSINGER, E. W.: *Rural health organization. Social networks and regionalization*. Ames, Iowa, 1982.
- HÄÜßERMANN, H., SIEBEL, W.: Die schrumpfende Stadt und die Stadtsoziologie. In: FRIEDRICH, J.
(Hrsg.): *Soziologische Stadtforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*,
Sonderheft 2, Opladen 1988, S. 78 ff.
- HEINER, M.: Reflexion und Evaluation methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Basisregeln,
Arbeitshilfen und Fallbeispiele. In: HEINER, M., MEINHOLD, M., v. SPIEGEL, H., STAUB-BERNASCONI,
S. (Hrsg.): *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. Freiburg i. Br. 1995, S. 102–182
- HELD, J.: Das Vulnerabilitätskonzept und die Psychotherapie Schizophrener. In: *Sozialpsychiatrische
Informationen*, 25. Jg., H. 1, Bonn 1995, S. 6 ff.
- HELLER, A.: *Das Alltagsleben. Versuch einer Erklärung der individuellen Reproduktion*. Frankfurt a. M.
1976.
- HELLERICH, G.: *Homo therapeuticus*. Bonn 1985.
- HELLERICH, G.: *Die Lebenswelt Wahnsinniger*. Freiburg 1990.
- HERRLICH, J., SÜLLWOLD, L.: Gibt es stabilisierende Umwelten für schizophren Erkrankte? In: ANDRE-
SEN, B., STARK, M., GROSS, J. (Hrsg.): *Mensch, Psychiatrie, Umwelt*. Bonn 1992, S. 264 ff.
- HESS-DIEBÄCKER, D.: Familie und psychische Erkrankung. Zur Arbeit mit Angehörigen von Psychiatrie-
patienten. In: HOHMEIER, J., MAIER, H. (Hrsg.): *Eltern- und Familienarbeit: Familien zwischen Selbst-
hilfe und professioneller Hilfe*, Freiburg 1989, S. 119 ff.
- HILDENBRAND, B.: *Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie*. Stuttgart 1983.
- HILDENBRAND, B.: *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in psychiatrischen Übergangs-
einrichtungen*. Bern, Stuttgart, Toronto 1991.
- HOFFMANN-RICHTER, U.: Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise? Entwicklungsgeschichte
des Begriffs und seiner Bedeutung. In: FINZEN, A., HOFFMANN-RICHTER, U. (Hrsg.): *Was ist Sozial-
psychiatrie. Eine Chronik mit Texten von Brenner, H. D. u. a.* Bonn 1995, S. 11–29.

- HOFFMANN-RIEM, C.: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1980, S. 339 ff.
- HOHL, J.: Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten. Rehbürg-Loccum 1983.
- HOLLINGSHEAD, A. B., REDLICH, F. C.: Social Class and Mental Illness. A Community Study. New York 1958.
- HONER, A.: Bausteine zur lebensweltorientierten Wissenssoziologie. In: RONALD, H., REICHERTZ, J., SCHROER, N. (Hrsg.): Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur theoretischen Interpretation. Konstanz 1999.
- HOPF, Ch.: Soziologie und qualitative Sozialforschung. In: WEINGARTEN, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart 1984.
- HRADIL, S.: Zwischen Bewußtsein und Sein. Zur Vermittlung »objektiver Lebensbedingungen« und »subjektiver Lebensweisen«. Opladen 1992.
- LIEN, A., JEGGLE, U.: Leben auf dem Dorf. Zur Sozialgeschichte des Dorfes und zur Sozialpsychologie seiner Bewohner. Opladen 1978.
- GEMEINWESENARBEIT IN NEUEN WOHNGBIETEN. In: Soziale Arbeit 5/1997, S. 146 ff.
- JAHRESBERICHT der Sozialpsychiatrischen Dienste in Großstadt X. o.O. 1991.
- JAKOB, G., v. WENSIERSKI, H. J. (Hrsg.): Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim, München 1997.
- JERVIS, G.: Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 1978.
- JUNGBLUT, H. J.: Niedrigschwelligkeit. Kontextgebundene Verfahren methodischen Handelns am Beispiel akzeptierender Drogenarbeit. In: RAUSCHENBACH, Th., u. a. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim, München 1993, S. 93 ff.
- KASCHUBA, W., LIPP, C.: Leben in zwei Welten. Probleme sozioökonomischen Wandels und generativer Verhaltensmuster. In: WEHLING, H. G. (Hrsg.): Das Ende des alten Dorfes. Stuttgart 1980, S. 140–155.
- KEUPP, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München 1974.
- KEUPP, H.: Psychosoziale Praxis im Umbruch. Bonn 1987.
- KEUPP, H.: Quo vadis bundesrepublikanische Psychiatriereform? In: BERGS, H., BRAUN, U. (Hrsg.): Psychiatrie in der Konkurrenzgesellschaft. Bonn 1990, S. 73–84.
- KEUPP, H.: Sozialisation durch psychosoziale Praxis. In: HURRELMANN, K., ULICH, D. (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. 5. Aufl., Weinheim, Basel 1995, S. 467 ff.
- KEUPP, H.: Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven. München 1994.
- KEUPP, H.: Bundesrepublikanische Psychiatriereform zwischen Realpolitik, Resignation und Utopie: Diskutiert am Präventionsdiskurs. In: RÖHRLE, B. (Hrsg.): 20 Jahre Psychiatrie-Enquête. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 27. Jg., Heft 4. Tübingen 1995, S. 483 ff.
- KEUPP, H.: Selbstsorge und Politik der Lebensführung erweitern die Berufsarbeit in der Gesellschaft. In: Die Zeit, Hamburg, Nr. 16, 8.4.1998, S. 14.
- KEUPP, H., RÖHRLE, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt a.M. 1987.
- KLUSMANN, D.: Soziales Netzwerk – ein fruchtbares Konzept für die Psychiatrie? In: ANDRESEN, B., STARK, F. A., GROSS, J. (Hrsg.): Mensch, Psychiatrie, Umwelt. Bonn 1992.
- KOHLI, M.: Biografische Organisation als Handlungs- und Strukturproblem. In: MATTHES, J., PFEIFENBERGER, A., STOSBERG, M. (Hrsg.): Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg 1981.
- KOLBMÜLLER, B., LUTZ, R.: Risikolagen der Landbevölkerung. In: Soziale Arbeit, 2. Jg, Nr. 3, S. 81 ff.
- KRÄMER, J., NEEF, R. (Hrsg.): Krise und Konflikte in der Großstadt im entwickelten Kapitalismus. Basel, Boston, Stuttgart 1985.
- KRAUSE-JACOB, M.: Hilfesuche im Versorgungsnetz aus der Sicht von Klienten. In: BERGOLD, J. B., FILSINGER, D. (Hrsg.): Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Kriseninterventionen und ambulante Psychiatrie. Weinheim, München 1993, S. 183 ff.

- KUNZE, H., KRUCKENBERG, P., BRILL, K.E. u.a.: Abkehr vom Institutionalismus. In: BOCK, Th., BUCK, D., GROSS, J. u.a. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn 1995, S. 450 ff.
- LANDKREIS REUTLINGEN (Hrsg.): Bestandsaufnahme und Analyse der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Reutlingen. Reutlingen 1992.
- LAZARUS, H.: Sozialpädagogische/sozialarbeiterische Fallbearbeitung in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 26. Jg., Nr. 2, Bonn 1996, S. 11 ff.
- LEFÈBVRE, H.: Kritik des Alltagslebens. Kronberg Ts. 1977.
- LEFERINK, K.: Sympathie mit der Schizophrenie – Die Moderne und ihre psychische Krankheit. In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Bonn, 1997, S. 27–83. (= LEFERINK 1997 a)
- LEFERINK, K.: Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch kranker Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Bonn 1997, S. 83–145. (= LEFERINK 1997 b)
- LEFF, J.: Die therapeutische Beeinflussung der familiären Umgebung. In: BÖKER, W., BRENNER, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bonn 1986, S. 87–94.
- LENZ, A.: Ländlicher Alltag und familiäre Probleme. Eine qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs- und Familienproblemen auf dem Land. München 1990.
- LENZ, A.: Ländliche Beratungsarbeit. Eine gemeindepsychologische Perspektive. In: Neue Praxis, 24. Jg., Nr. 2, Neuwied 1994, S. 131 ff.
- LIBERMANN, R.P., JACOBS, H.E., BONNE, S.E. u.a.: Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In: BÖKER, W., BRENNER, D.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern, 1986, S. 96–102.
- LIDZ, T. u.a. 1970: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In: BATESON, G. u.a. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt a.M. 1970, S. 108–127.
- LINDNER, R.: Ohne Gewähr. Zur Kulturanalyse des Informanten. In: JEGGLE, U. (Hrsg.): Feldforschung. Qualitative Methoden in der Kulturanalyse. Tübingen 1984, S. 59 ff.
- LIPPITZ, W.: »Lebenswelt« – kritisch betrachtet. Ein Wort und viele Konzeptionen: Zur Karriere eines Begriffs. In: Neue Praxis, 22. Jg., Nr. 4, Neuwied 1992, S. 295 ff.
- LOCHMANN, R., STOLZ, K.: Zum Wandel psychiatrischer Einrichtungen. Überlegungen zu einer Beschwerdestelle für Psychiatriepatienten. In: Recht & Psychiatrie, 13. Jg., Nr. 2, S. 6 ff.
- LUCKMANN, T.: Persönliche Identität, soziale Rolle und Rollendistanz. In: MARQUARD, O., STIERLE, K. (Hrsg.): Identität. München, 1979, S. 293–313.
- MACHLEIDT, W.: Die Vormacht der Gefühle. Sozialpsychiatrie im Zeichen der Erneuerung. Integration biologischer, psychotherapeutischer und sozialer Konzepte. In: Psychosoziale Umschau, 10. Jg., H. 2, 1995, S. 7–13.
- MAURER, K.: Der geschlechtsspezifische Verlauf der Schizophrenie über zehn Jahre. Hamburg 1985.
- MEIER-DALLACH, H.P., HOHERMUTH, S., NEF, R., AULIKER, R.: Zwischen Zentren und Hinterland. Probleme, Interessen und Identitäten im Querschnitt durch die Regionstypen der Schweiz. Grösch 1982.
- MEINHOLD, H.: »Wir behandeln Situationen – nicht Personen«. In: MÜLLER, S. u.a. (Hrsg.): Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik I. Bielefeld, 1982, S. 165 ff.
- MELCOP, N.: Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn, 1997, S. 201–239.
- MENTZOS, S.: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen 1991.
- MERTON, R.: Sozialstruktur und Anomie. In: SACK, F., KÖNIG, R. (Hrsg.): Kriminalsoziologie. Frankfurt a.M. 1968.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT, FAMILIE UND FRAUEN BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Dienste. Jahresberichte 1988, 1989 und 1990 (= Gesundheitspolitik 15, 17, 18).
- NESTMANN, F.: Förderung sozialer Netzwerke – eine Perspektive pädagogischer Handlungskompetenz. In: Neue Praxis, 19. Jg., Neuwied 1989, S. 107 ff.

- OBERT, K.: Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn 2001
- PAPPI, F., MEHLBECK, Ch.: Die sozialen Orientierungen städtischer Bevölkerungen. In: FRIEDRICH, J. (Hrsg.): Soziologische Stadtforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 29, Opladen 1988, S. 223 ff.
- PICKVANCE, Ch. (Hrsg.): Urban Sociology. Critical Essays. London 1976.
- PLANCK, U., ZICHE, J.: Land- und Agrarsoziologie. Eine Einführung in die Soziologie des ländlichen Siedlungsraumes und des Agrarbereichs. Stuttgart 1979.
- PRIES, H.: Konflikt zwischen Hilfe und sozialer Kontrolle – Erfahrungen aus einem Sozialpsychiatrischen Dienst. In: ANDRESEN, B., STARK., F.M., GROSS, J. (Hrsg.): Mensch, Psychiatrie, Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Bonn 1992, S. 307 ff.
- RAISCH, M.: So weit die Netze tragen. Psychiatriebetroffene im Spannungsfeld zwischen Familie und Sozialpsychologie. München, Wien 1996.
- RAUSCHENBACH, Th., ORTMANN, F., KARSTEN, M.E. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim, München 1993.
- REUMSCHÜSSEL-WIENERT, Ch.: Ambulante wohnortnahe medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen. In: Sozialpsychiatrische Information, 25. Jg., H. 3. Bonn, 1995, S. 14 ff.
- RICHTLINIEN DES MINISTERIUMS FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT, FAMILIE UND SOZIALORDNUNG für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten v. 25. Juni 1986 – Az. VII4-8658. In: Innenministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Gemeinsames Amtsblatt, 34. Jg., Nr. 21, Stuttgart 1986, S. 585 ff.
- RIEMANN, G.: Das Fremdwerden der eigenen Biografie. München 1986.
- RÖHRLE, B., SOMMER, G.: Zum Zusammenhang von sozialer Kompetenz und sozialer Unterstützung. In: HOHL, J., REISBECK, G. (Hrsg.): Individuum und Gesellschaft. München, Wien 1993.
- RÖHRLE, B., SOMMER, G., NESTMANN, F. (Hrsg.): Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Tübingen 1998.
- RÖSSLER, W., HÄFNER, H., A. D. HEIDEN, W. u. a.: Außerstationäre psychiatrische Versorgung. Landesprogramm Baden-Württemberg 1985. Weinheim, Basel 1985.
- RÖSSLER, W., HÄFNER, H., A. D. HEIDEN, W. u. a.: Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Schlußbericht des Zentralinstituts für seelische Gesundheit im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg. Weinheim 1987.
- RÖSSLER, W., FÄTKENHEUER, B., LÖFFLER, W.: Soziale Rehabilitation Schizophrener. Modell Sozialpsychiatrischer Dienst. Stuttgart 1993.
- SAHLE, R.: Gabe, Almosen, Hilfe. Opladen 1987.
- SCHARFETTER, Ch.: Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. Weinheim 1995.
- SCHAEFER, S.: Zwei Thesen zur Zukunft des Gefängnisses und acht über die Zukunft der sozialen Kontrolle. In: Widersprüche, 17. Jg., H. 63, Bielefeld 1997, S. 9–25.
- SCHNEIDER, T.J.: Das Etikett »Geisteskrankheit«. Frankfurt a.M. 1973
- SCHMALS, K., VOIGT, R.: Krise ländlicher Lebenswelten. Frankfurt a.M., New York 1986.
- SCHNABEL, P.-E.: Krankheit und Sozialisation. Opladen 1988.
- SCHÜRMAN, J.: Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne. In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn 1997, S. 239–280.
- SCHÜTZ, A.: Gesammelte Aufsätze, Bd. 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag 1971
- SCHÜTZE, F.: Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: MATTHES, J., PFEIFENBERGER, A., STOSBERG, M. (Hrsg.): Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg 1981, S. 67–86.
- SCHUHMAN, M.: Sozialraumanalyse als ethnographisches Lernfeld im Studium. In: v. WENIERSKI, H.J., JAKOB, G.: Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim, München 1997.
- SCHULTE-WINTROP, P.: Irgendein Schamgefühl ist wohl da: eine Analyse von Schuld- und Schamgefühlen bei Angehörigen psychisch Erkrankter. Münster 1994.

- SCHWEITZER, J. u. a.: Systemisches Arbeiten in Sozialpsychiatrischen Diensten. In: Sozialpsychiatrische Information, 21. Jg., Nr. 4. Bonn 1991, S. 12 ff.
- SICKENDIECK, U., ENGEL, F., NESTMANN, F.: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim, München 1999.
- SIMMEL, G.: Die Großstädte und das Geistesleben. In: PETERMANN, Th. (Hrsg.): Die Großstadt. Vorträge und Aufsätze zur Städteausstellung. Gleichzeitig Jahrbuch der Gehe-Stiftung zu Dresden, Bd. 9, Dresden 1903.
- SIMMEL, G.: Soziologie. Leipzig 1908.
- STARK, M., ESTERER, J., BREMER, F. (Hrsg.): Wege aus dem Wahn. Bonn 1995.
- STAUBER, B.: Lebensgestaltung allein erziehender Frauen. Balancen zwischen Anpassung und Eigenständigkeit in ländlichen Regionen. Weinheim, München 1996.
- STAUBER, B., WALTHER, A.: Nur Flausen im Kopf? Berufs- und Lebensentscheidungen von Mädchen und Jungen als Frage regionaler Optionen. Bielefeld 1995.
- STEINHART, I., TERHORST, B.: Wie beurteilen Patienten ein umfassendes, auf Kontinuität ausgerichtetes psychiatrisches Versorgungssystem? In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/1992, S. 33–39.
- STRAUS, F., HÖFER, R., GMÜR, W.: Familie und Beratung. Zur Integration professioneller Hilfe in den Familienalltag. München 1988.
- THIERSCH, H.: Alltagshandeln und Sozialpädagogik. In: Neue Praxis, 8. Jg., Nr. 1, Neuwied 1978, S. 6 ff.
- THIERSCH, H.: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim, München 1986.
- THIERSCH, H.: Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In: RAUSCHENBACH, Th., ORTMANN, F., KARSTEN, M. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim, München 1993, S. 11–29.
- THIERSCH, H.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim, München, 3. Aufl. 1997.
- V. KARDORFF, E.: Modellvorstellungen über psychische Störungen. In: KEUPP, H., ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Frankfurt a. M. 1978.
- V. KARDORFF, E.: 20 Jahre Psychiatriereform – Versuch einer Zwischenbilanz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 27. Jg., Heft 4. Tübingen 1995, S. 467 ff.
- V. KARDORFF, E.: Psychiatrie und Sozialpädagogik/Sozialarbeit. In: OTTO, H., THIERSCH, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, Kriftel, 2. Aufl. 2001
- WEIGAND, H.: Alltagsbegleitung. Eigenes Leben sichern. In: BOCK, T., WEIGAND, H. (Hrsg.): Handwerks-Buch Psychiatrie. Bonn 1991, S. 259 ff.
- WEYERER, S., MAYLATH, E., PFEIFER-KURDA, u. a.: Die Stabilität der ökologischen Verteilung psychiatrisch behandelter Ersterkrankungen in der Stadt Mannheim. In: Nervenheilkunde Nr. 6, 1987, S. 14 ff.
- WIDMAIER-BERTHOLD, C., LOCHMANN, R., STOLZ, K.: Beschwerdekommision für Psychiatriepatienten. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 28. Jg., 1998, Nr. 2, S. 28 ff.
- WIRTH, L.: Urbanism as a Way of Life. American Journal of Sociology 44, 1938, S. 1 ff.
- WIRTH, W.: Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt a. M. 1982.
- WOLFF, S.: Die Produktion von Fürsorglichkeit. Bielefeld 1983.
- WOLFF, S., BONß, W.: Kommunalität als Instrument und Ergebnis von Sozialpolitik. In: KRÜGER, J., PANKOKE, E. (Hrsg.): Kommunale Sozialpolitik. München, Wien 1985, S. 98–128.
- WYNNE, L. C., u. a. : Pseudo-Gemeinschaft in Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: BATESON, G. u. a. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt a. M. 1970, S. 44 ff.
- ZAUMSEIL, M.: Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. In: Psychiatrische Praxis, 22. Jg., Nr. 3, Stuttgart 1995, S. 102 ff.
- ZAUMSEIL, M.: Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn, 1997, S. 145 ff.
- ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Bonn 1997.

ZUBIN, J.: Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie. In: BÖKER, W., BRENNER, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern 1986.