

WOHNUNGSLOS UND PSYCHISCH KRANK

Ein Thema, dem seit einigen Jahren Brisanz, gar Konjunktur attestiert wird – eine Zielgruppencharakterisierung aber auch, die im Bereich Sozialer Arbeit Unbehagen hervorruft.

SPRACHMACHT

Es ist nicht so sehr das Wörtchen „und“, das die beiden Attribuierungen als zusammengehörig ausweist, welches irritiert. Vielmehr ist es die Quantität, die der Zielgruppe jener Wohnungslosen, die als „Zusatzmerkmal“ eine psychische Erkrankung aufweisen, zugeschrieben wird, die Erklärungsbedarf schafft und nach Legitimation verlangt. Diesbezügliche Einschätzungen bewegen sich in einem Bereich zwischen 70 und 90 %, ¹bis hin zu vereinzelt genannten 100 Prozent, wobei der Diagnose-Imperialismus einer generellen bzw. 100-%igen Pathologisierung wohl mehrheitlich auf Kritik stoßen dürfte.

Im gleichen Maße wie der Begriff der Wohnungslosigkeit hinreichend definiert ist², ist jener der psychischen Erkrankung, was seine Verwendung im Bereich Sozialer Arbeit, so auch in der Wohnungslosenhilfe anbelangt, als unscharf, erklärungsbedürftig und nicht zuletzt auch problematisch zu bezeichnen.³

Zu hinterfragen ist nicht allein das Ausmaß, mit welchem eine psychiatrisch-diagnostische Begrifflichkeit hier Einzug gehalten hat, sondern vor allem auch die Selbstverständlichkeit, mit der diese ganz offensichtlich alltäglich verwendete „Fachsprache“ die Verständigung in der Sozialen Arbeit Tätiger über ihre KlientInnen bestimmt.⁴ Die Allgegenwart von „Paranoia“, „Psychose“, „Persönlichkeits-/bipolarer Störung“ und „Borderline-Symptomatik“, „Manie“ und „sozialer Phobie“ irritiert und ruft, wie gesagt, Unbehagen hervor.

Ob dieser Sprachgebrauch nun dem Traum nach einer gemeinsamen Sprache von Sozialer Arbeit und Medizin geschuldet ist – der sich im Übrigen wohl kaum durch die Übernahme medizinischer Termini wird realisieren lassen, sich als eine abermals nicht ausreichend erfolgte bzw. unterlassene Positionierung Sozialer Arbeit als Profession mit eigenständiger Fachlichkeit⁵ interpretieren lässt oder aber als eine

¹ Abhängigkeitserkrankungen sind hier bewusst inkludiert, schließlich werden auch sie den psychiatrischen Diagnosen und dem Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie zugerechnet. Sie auszuschließen wäre mithin inadäquat und, aus meiner Sicht, erklärungsbedürftig.

² Wohnungslos ist, wer eines der Kriterien des Definitionsvorschlags der FEANTS (Europäischer Dachverband der Wohnungslosenhilfe) für den Begriff der „Wohnungslosigkeit“ erfüllt: akute Wohnungslosigkeit; temporäre Wohnungslosigkeit (befristete Unterbringung in Sozialeinrichtungen); bevorstehende Wohnungslosigkeit (z. B. drohende Delogierung); potentielle Wohnungslosigkeit (Höhe der Miete im Vergleich zum Einkommen nicht leistbar); versteckte Wohnungslosigkeit (vorübergehende Unterbringung bei Freunden, Bekannten); unzumutbare Wohnungssituation (z. B. feucht, nicht beheizbar, Überbelegung).

³ Um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen: kritisch betrachtet und auf seine möglichen Konsequenzen hin befragt wird im Folgenden ausschließlich der Sprachgebrauch im Bereich der Sozialen Arbeit. Keinesfalls geht es darum, die Notwendigkeit oder Sinnhaftigkeit fachärztlicher Diagnosen infrage zu stellen.

⁴ Vgl. Cremer-Schäfer, Helga: „Wie der Name einer Sache unser Verhalten bestimmt“ – eine Erinnerung an Wissen über Diagnostik. In: Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Widersprüche, Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 88, Juni 2003 S. 53. Diese Beobachtung stimmt im Übrigen auch mit meiner eigenen Wahrnehmung überein.

⁵ In der Vergangenheit war dieses Phänomen etwa Ende der 1960er Jahre gegenüber der Psychotherapie beobachtbar. Es wurde von KritikerInnen dieser Entwicklung als „Therapeutisierung“ charakterisiert, durch welche gesellschaftliche Strukturen an die Peripherie der Wahrnehmung

Folge der rund um die „Soziale Diagnose“⁶ entstandenen Begrifflichkeit zu bewerten ist, ist in diesem Zusammenhang wenig relevant. Von Relevanz jedoch sind die (möglichen) Konsequenzen, die sich für unsere KlientInnen daraus ergeben (haben). Doch dazu später.

DIAGNOSEMACHT

Man wird hier vielleicht einwenden, dass ein psychiatrisch-diagnostischer Sprachgebrauch innerhalb der Sozialen Arbeit im Vergleich zu einem aufgrund des vielfach konstatierten Anstiegs der KlientInnenzahlen nicht ausreichend gedeckten Versorgungs- und damit bestehenden Handlungsbedarfs wohl eine vernachlässigbare Rolle spiele.

Das Verhältnis von Sprache und Realität allein als ein beschreibendes und abbildendes zu charakterisieren, würde nicht nur zu kurz greifen, sondern auch ignorieren, dass es ein durchaus folgenreiches und produktives ist. Eine – argumentativ, konsensual oder wie auch immer – gesellschaftlich bzw. fachöffentlich ausgehandelte Attribuierung einer Gruppe von Menschen, auch wenn sie anfangs lediglich sondierenden und thesenartigen Charakter gehabt haben mag, tendiert im Zuge ihres Weiterbestehens, breiteren Aufgegriffen- und Verwendetwerdens dazu, als real, als „wahr“ angesehen zu werden. Die Konsequenzen für die „Bezeichneten“ sind denn auch zunehmend reale, und sie sind umso gravierender, je mehr der ursprüngliche Konstruktionscharakter der Attribuierung durch deren in die Alltagssprache übernommenen Gebrauch und die damit einhergehende „Normalisierung“ in Vergessenheit geraten ist, in unserem Zusammenhang: je „normaler“, je selbstverständlicher es also (geworden) ist, wohnungslose Menschen als psychisch krank zu begreifen und damit einhergehend wahrzunehmen, einzuordnen und schließlich: entsprechenden Zuständigkeitsbereichen zuzuweisen.

Ein erster und flüchtiger Blick auf dieses Geschehen lässt die Vermutung aufkommen, dass hier der ohnehin an negativen Zuschreibungen reichen und

gedrängt würden, wodurch die Frage nach deren Veränderbarkeit, eine der Grundkonstanten Sozialer Arbeit, an Gewicht verliere. Eine ganz ähnliche Entwicklung fand in den letzten Jahren im Zuge der Ökonomisierung (vgl. Seithe, Mechthild: Schwarzbuch Soziale Arbeit, Wiesbaden 2010, S. 96-133) und Verbetriebswissenschaftlichung Sozialer Arbeit (vgl. ebenda, S. 134-146) statt. Diese äußert sich beispielsweise in einer zum Teil bedenklichen und häufig sich kontraproduktiv auswirkenden Übernahme von Management-Kategorien, im Rahmen derer auch an nicht quantitativ messbare Leistungen diesen entspringende Maßstäbe anlegt werden und die unsere KlientInnen in KundInnen „verwandelt“, freilich ohne dass ihnen auch deren Statusmerkmale zugekommen wären. Beiden Entwicklungen ist gemeinsam, dass sie wesentlich zu einer Entpolitisierung Sozialer Arbeit beitragen, die eine durch Individualisierung gesellschaftlicher Probleme, die andere durch Umwandlung der Sozialen Frage in ein durch Übernahme einer von der Theorie des Marktes dominierten Logik zu lösendes bzw. zu ignorierendes Problem.

⁶Zur Diskussion über Implikationen und Konsequenzen eines diagnostischen Sprachgebrauchs in der Sozialen Arbeit resp. Sozialarbeitswissenschaft vgl.: Widersprüche, Heft 88, Juni 2003; vor allem den bereits erwähnten Beitrag von Cremer-Schäfer. Für äußerst bedenkenswert halte ich ihre Einschätzung hinsichtlich der – langlebigen und festgeschriebenen – Bedeutung des Begriffs Diagnose. Laut Cremer-Schäfer erliegen in der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit Tätige häufig dem Irrtum, „dass es auch ‘andere’ Diagnosen gäbe, (...) dass die ‘psycho-sozialen’ Diagnosen die Person nicht verdinglichen, dass durch die Kategorisierungen von Handlungen und Personen keine Reifikation sozialer Relationen stattfindet, dass ‘wir’ über Definitionen und Klassifikationen verfügen, die Phänomene der Verstehbarkeit nicht entziehen, sondern sie verstehbar machen, dass sich die normierende, die klassifizierende Expertenmacht nicht durchsetzt, weil wir ‘reflexiv’ diagnostizieren und die Interventionen aushandeln.“ (ebenda, S. 53)

ohnehin bereits aus den Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossenen sowie gesellschaftlich marginalisierten Gruppe wohnungsloser Menschen ein weiteres, mit Stigmatisierung und Diskriminierung konnotiertes Merkmal zugewiesen, ihre Exklusion weiter vorangetrieben, ihre ohnehin hohe Vulnerabilität noch weiter gesteigert, sie mit dem doppelten Stigma von Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung behaftet werden soll. Ihr eine generelle Behandlungsbedürftigkeit zu unterstellen, bedeutet nichts anderes, als dieser doppelten Stigmatisierung das Wort zu reden bzw. sie billigend in Kauf zu nehmen.

Eine andere, beispielsweise von Aigner⁷ vertretene Sichtweise geht davon aus, dass sich hinter dem Diskurs über den Anstieg der Prävalenzzahlen in dieser Zielgruppe eine Veränderung der Wahrnehmung verberge, im Zuge derer der Wohnungslosigkeit zugeordnete Vorstellungen und Kriterien wie etwa Armut oder von der Norm abweichendes Verhalten durch psychiatrische Diagnosen ersetzt, also medikalisiert worden seien (Aigner, S. 2 ff).

So betrachtet, und es ist dies eine durchaus nachvollziehbare Sichtweise, hat Wohnungslosigkeit, wie auch das Denken und Sprechen über sie, einen neuen definitorischen Rahmen erhalten, ist ein Paradigmenwechsel, ein Blickwechsel in Bezug auf ihre Subjekte erfolgt.

Damit wird eine (auch) situations- und verhältnisbezogene Deutung, die „auffälliges“ Verhalten von wohnungslosen Menschen als Bewältigungsstrategie, als – angemessene – Reaktion auf ihre schwierige Situation begreift, sehr erfolgreich, wie ich meine, an den Rand der Problemdefinition gedrängt.

Mit dem Versuch, ein vorrangig soziales Problem vorrangig medizinisch fassen zu wollen, relativiert sich die „schwierige Situation“ als zentraler Bezugspunkt und daraus resultierende unabdingbare Handlungsnotwendigkeit, die sich u. a. als Handlungsauftrag bzw. Forderung nach leistbaren wie auch adäquaten Wohnungen und mithin nach strukturellen Veränderungen definieren ließe.

Zu fragen wäre, auf welche Weise im Zuge dieses Blickwechsels Handlungs- und Lösungsstrategien angesichts von Wohnungslosigkeit als sozialem Phänomen, das gesellschaftliche Verhältnisse repräsentiert und sozialpolitisches Handeln erfordert, nunmehr in der Sozialen Arbeit modifiziert platziert und verhandelt werden.

Anders gesagt: Das Vordringen der Medizin/Psychiatrie bzw. medizinisch-diagnostischer Kategorien in die Soziale Arbeit/den sozialen Raum birgt, neben den unbestrittenen Vorteilen und aus ihr resultierenden Erleichterungen medikamentöser Therapie für PatientInnen, das Potenzial einer zunehmenden Verdrängung des

⁷Vgl. Aigner, Doris: Psychisch krank und obdachlos. Diplomarbeit, Universität Wien, Fakultät Sozialwissenschaften, 2009. Damit ist der Vorgang der Medizinisierung/Psychiatisierung angesprochen, eine Sichtweise, die auf der Annahme beruht, dass Denken und Wahrnehmung zunehmend von psychiatrischen Kategorien beeinflusst werden/sind. Dies führt unter anderem dazu, dass es zunehmend selbstverständlich geworden ist/wird, über Personen, die in irgendeiner Weise auffällig sind, bzw. aus der gesellschaftlichen Norm herausfallen, in Kategorien psychischer Erkrankungen, für deren Behandlung die Psychiatrie zuständig ist, zu denken und zu sprechen – und sie damit zu pathologisieren. Vgl. zu dieser Thematik auch: Viehöfer, Willy; Wehling, Peter (Hg): Entgrenzung der Medizin, Bielefeld 2011. Als anderes Beispiel für den Vorgang der Psychiatisierung/Medikalisierung des Sozialen wird auch immer wieder ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) genannt oder, wenn auch mit Einschränkungen, die „Volkskrankheit“ Depression. Vgl. Raschendorfer, Nicola: „Prozesse der Medizinisierung auffälligen Verhaltens am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms“. In: Widersprüche, Kampf ums Herz, Heft 94, Dezember 2004, S. 59-73 sowie Jurk, Charlotte: „Was macht Depression zur `Volkskrankheit`? Über die Karriere einer Diagnose“. In: Widersprüche, Selbstverantwortete Gesundheit – Selbstverantwortete Krankheit, Heft 103, März 2007, S. 59-72

Sozialen aus dem Bereich der Problemwahrnehmung und -definition. Damit findet auch eine Marginalisierung der dem sozialen Raum inhärenten Handlungsoptionen und Lösungsstrategien statt.

DEUTUNGSMACHT

Das auf der Ebene des Diskurses über Anstieg und Ausmaß psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen erzeugte – sprachvermittelte – Wissen hinterließ und hinterlässt mithin sichtlich Spuren in den Wahrnehmungsweisen, welche ihrerseits Interpretationsschemata und Praxen in der Sozialen Arbeit Tätiger beeinflussen und so Wirkmacht in Leben und Realität ihrer Adressaten erlangen (können).

Auf die Ebene der Realität herabgebrochen und anhand einer von Aigner zitierten Aussage exemplarisch betrachtet: Der – veränderte – Blick erkennt nunmehr in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe eine „Parallelpsychiatrie“ (Aigner, S. 42), Äußerungen über BewohnerInnen können nun u. a. wie folgt lauten: „Es ist für das Personal (...) nicht leicht, sich täglich aufs Neue Wahnvorstellungen eines Schizophrenen anzuhören oder das andauernde Gejammer eines Depressiven zu ertragen (...).“ (Aigner, S. 43)⁸

Neben der Verwendung diagnostischer Begriffe fällt hier zunächst ein Mangel an Empathie gegenüber den BewohnerInnen auf. Wird dieser erste Eindruck einer genaueren Befragung und Überprüfung unterzogen, so wird deutlich, dass dieser Mangel eng verknüpft, ja wie verzahnt mit diesen Kategorisierungen zu sein scheint. Diese Verzahnung aufgrund dieser einen Äußerung deuten und auf ihre Entstehungsbedingungen hin analysieren zu wollen, wäre nicht nur gewagt, sondern auch unzulässig. Eine sich in diesem Kontext aufdrängende Frage soll jedoch trotz dieser Bedenken nicht unformuliert bleiben: Wenn Ressourcen, wie etwa personelle und räumliche Kapazitäten, die einen anderen Umgang mit BewohnerInnen erlauben würden als den des bloßen Zuhören-Müssens und „Ertragens“, nicht in adäquatem Ausmaß vorhanden sind – wird dann Ohnmacht, mangelnde Gestaltungsmacht zu Deutungsmacht?

WIRKMACHT

Geht die Übernahme fachfremden Sprachgebrauchs mit der Übernahme fachfremder Logiken einher, so erfährt der sozialarbeiterische Blick eine Scharfstellung auf, was hier von Interesse ist, Anforderungen und Ansprüche des Psychiatrischen Behandlungssystems. Damit werden auch Prämissen übernommen, die mehr diesem als dem sozialarbeiterischen Selbstverständnis verpflichtet sind. Beispielsweise indem „Verstöße“ gegen das medizinisch verordnete Therapieregime, gegen die Abstinenz erwartung oder Substitutionsbehandlung Konsequenzen auf der Ebene sozialarbeiterischer Betreuung nach sich ziehen, wie etwa den Verlust eines Wohnplatzes oder die Zuweisung/Verabschiedung in die Zuständigkeit eines anderen Hilfesystems und damit den Abbruch einer Betreuungsbeziehung.

Indem sich die Wirkmacht derartiger – keineswegs linear und bewusst gesteuert verlaufender – Prozesse in Selbstverständnis und Materialität von Institutionen niederschlägt, verändern sich aber auch – via der in den Institutionen angesiedelten

⁸ Eine von Aigner zitierte Sozialarbeiterin

Deutungsmacht – deren Interventions-, Inklusions- oder Exklusionsmodi bzw. werden durch neue ersetzt.

Im zunehmend brüchiger werdenden sozialen Raum – und brüchiger geworden ist das Soziale nicht erst, seit Hartz IV den Charakter gesellschaftlicher Normalität angenommen hat oder die Finanzkrise über uns gekommen ist – werden strukturelle Veränderungen, die einen Wandel der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für unsere KlientInnen im Sinne von Verbesserung und Stabilisierung mit perspektivischer Ausrichtung bewirken könnten, nicht unbedingt wahrscheinlicher, zudem auch seitens der Sozialen Arbeit immer schwieriger zu realisieren, angesichts steigender KlientInnenzahlen und – im besten Falle – stagnierender finanzieller Mittel.

Der Anspruch, Wohnungslosigkeit, und zwar auch für sogenannte schwierige Zielgruppen, beenden zu wollen, scheint immer häufiger aufgegeben zu werden, immer weniger einlösbar zu sein.

Auf Übergangscharakter hin angelegte Angebote – wie etwa Großeinrichtungen der Wohnungslosenhilfe – sind für viele ihrer BewohnerInnen zu einer Dauerlösung mit der – absehbaren – Konsequenz einer lebenslangen Hospitalisierung geworden. Auf den sozialen Raum gerichtete Interventionsstrategien wie Wohnungssuche oder die Erarbeitung sozialpolitischer Strategien zur Einflussnahme auf strukturelle Bedingungen unterbleiben häufig, sei es nun aufgrund geringer Erfolgchancen oder aufgrund eines beruflichen Selbstverständnisses, das gesellschaftspolitisches Handeln nicht einschließt.

Statt Situations-Veränderung in Hinblick auf Wohnungslosenhilfe/wohnungslose Menschen findet häufig bloße Situations-Verwaltung statt. Eine der daraus resultierenden Folgen wird ganz offensichtlich „Parallelpsychiatrie“ genannt. Interventionsmodi richten sich mehr und mehr auf Symptomaten, Verhaltensweisen, „Diagnosen“, auf das diesen inhärente – medizinische - Potenzial einer zu erreichenden Verbesserung in Bezug auf Befindlichkeit, Anpassungsfähigkeit/-willigkeit und Krankheitsbild.

Die Medizin birgt das Versprechen, handeln, wenn nicht gar heilen, zu können, und zwar – beinahe – unabhängig von den materiellen und sozialen Existenzbedingungen ihrer PatientInnen, deren individuelle Befindlichkeit verbessern zu können, auch dann noch, wenn der Kampf um die Verbesserung ihrer schwierigen sozialen und materiellen Situation bereits an seinem Ende angelangt scheint. Ist da ein „Terrainwechsel“/Blickwechsel nicht auch naheliegend? Situationsinhärent? Und entlastend? So entlastend, dass er nicht wahrgenommen wird, unbeachtet bleibt?

Einer der zentralen Schwerpunkte von Behandlung im psychiatrischen Kontext ist die medikamentöse Therapie⁹ – mit all ihren Vor- und Nachteilen, Segnungen, Kompromissen, mit all den Veränderungen in Befindlichkeit, in Erlebnis- und Erfahrungsweise, die sie für PatientInnen mit sich bringt.

Im Rahmen des zuvor thematisierten Blickwechsels bedeutet dies für die Soziale Arbeit, neben allen anderen Implikationen, auch den Zugewinn einer zusätzlichen Kontroll- und Disziplinierungsmöglichkeit – jener der Kontrolle und Disziplinierung via Medizin. Damit erfährt die Kategorie Compliance in Bezug auf die psychiatrische

⁹ Es geht hier in keiner Weise darum, diese in Frage zu stellen.

Behandlung eine Ausweitung in den sozialen Raum hinein und kann in diesem – im Falle der Nicht-Compliance – Sanktionen nach sich ziehen.

Kontextbezogen formuliert: Die Folgen des Verlusts eines Wohnplatzes und des spezifischen damit verbundenen Unterstützungsangebots sind, wie bereits ausgeführt wurde, kaum jemals allein medizinischer/therapeutischer Natur. Daher bedarf es einer doppelten – im besten Falle kooperativen – Abwägung der Interventionsmodi, damit letztendlich nicht der Klient/die Klientin „auf der Straße steht“ – um u. U. im nächsten Hilfesystem nie anzukommen.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Hier wird nicht der Medizin/Psychiatrie Kampf und Gegnerschaft angesagt oder der Kooperation der beiden Hilfesysteme eine Absage erteilt. Vielmehr ist es ein Plädoyer für ein Beharren auf zentralen Aspekten sozialarbeiterischen Handelns: auf die kritische Befragung gesellschaftlicher Machtverhältnisse und auf eine (selbst)reflexive Haltung bezüglich der Affirmation und Übernahme gesellschaftlicher (diskursiver) Logiken.

EXKLUSIONSMACHT

Zumeist ist es ein spezifisches Segment der hier zur Diskussion stehenden Zielgruppe, das unter der Begrifflichkeit „wohnungslos und psychisch krank“ in die Diskussion gerät. Es umfasst jene Wohnungslosen, die eine Doppeldiagnose – neben ihrer psychischen Erkrankung/Problematik das Merkmal, nicht abstinente leben zu wollen oder zu können, – gestellt bekommen haben sowie diejenigen, die als „nicht krankheitseinsichtig“ oder als „therapieresistent“ gelten.

Diese Gruppe ist an der Schnittstelle dreier Hilfesysteme – der Wohnungslosenhilfe, der Drogenhilfe und der Psychiatrie mit ihren sozialpsychiatrischen Einrichtungen – sowie an der Schnittstelle zwischen extra- und intramuraler Versorgung angesiedelt. Im Allgemeinen gilt sie als besonders schwierig, als kaum bis gar nicht betreubar. Des Weiteren wird den ihr Angehörigen/Zugewiesenen auch immer wieder das Charakteristikum zugeschrieben, unwillig bzw. unfähig zu sein, an sich selbst, der eigenen „Entwicklung“ arbeiten bzw. zur Verbesserung der eigenen Situation aktiv beitragen zu wollen.

Somit verwundert es kaum, dass diese Gruppe zum Gegenstand einer Spezifizierungs- und Ausschlussdebatte geworden ist. Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs reagieren auf sie häufig mit einem generellen Verneinen der Zuständigkeit und der Abwehrhaltung eines „wir nicht“, sei es nun unter Berufung auf psychiatrisch-diagnostische Kriterien oder auf ihre Abstinenzorientierung bzw. ihr Abstinenzgebot.

Aber auch Menschen, auf die diese Ausschlusskriterien nur in abgeschwächter Form, punktuell, phasenweise, marginal zutreffen, sind immer wieder mit dieser Abwehrhaltung in Gestalt von hochschwelligem Aufnahmekriterien konfrontiert, die ihren Ausschluss erlauben bzw. rechtfertigen sollen. Häufig mit gravierenden und weitreichenden Folgen.

Denn mit jedem Ausschluss aus Betreuungs- und Versorgungsangeboten erhöht sich die Vulnerabilität, mindern sich die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe.

Die im Rahmen solcher Spezifizierungsdebatten geforderte passgenaue Erfüllung der Kriterien, die von den KlientInnen gefordert wird, um Berücksichtigung zu finden, verwundert. Man halte sich nur die im Allgemeinen geltenden Einschluss-/Aufnahmekriterien einmal vor Augen: Abstinenz, kein Vorliegen von psychischen Erkrankungen oder aber von Fachärzten diagnostizierte psychische Erkrankungen,

Übernahme eines spezifischen Entwicklungsmodells, Verzicht auf Privat- und Intimsphäre (Doppel- und Mehrbettzimmer), Compliance in Bezug auf Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, das Therapieregime, Anpassung an Gebote und Verbote bezüglich Tagesablauf und -strukturierung, weitgehender Verzicht auf Gestaltungsfreiheit von Beziehungen (Übernachtungsverbot) etc.

So notwendig und unverzichtbar für Qualität und Professionalität Spezifizierungen bezüglich Angeboten und Zuständigkeiten auch sind, so scheint in der Debatte um diese Zielgruppe der Blick auf die Kehrseite dieser Notwendigkeit – eine (zunehmend) hohe Anzahl von Menschen, die nirgendwo mehr „hineinpassen“ - zuweilen verstellt zu sein.

Findet dies zu wenig Beachtung, so besteht die Gefahr, dass Spezifizierungs- bzw. Konzeptdebatten wie auch gesellschaftliche Diskurse über die Materialität und Realität der betroffenen Menschen gestellt werden.

EINE WOHNUNG IST EINE WOHNUNG IST EINE WOHNUNG IST EINE
Neben und vor allen Zuständigkeitsdebatten ist vordringlich die Frage nach geeigneten Wohnformen zu beantworten, die ein adäquates Unterstützungsangebot für diese Zielgruppe bieten und zwar für möglichst alle der ihr Angehörigen/Zugerechneten.

Aus meiner Sicht ist das Spektrum der in Frage kommenden Angebote nicht all zu groß, weder was seine Quantität noch was seine inhaltlich-substanzielle Ausgestaltung anbelangt.

Als nicht geeignet zu bezeichnen, außer für Übergangs- und Notfallsituationen, sind, dies legen die Literatur wie auch sämtliche Aussagen von Betroffenen nahe, Großeinrichtungen, allein schon aufgrund eines im Allgemeinen inadäquaten Betreuungsschlüssels, der häufig nach wie vor üblichen Unterbringung in Zwei- und Mehrbettzimmern und der bei längerem Verbleib bestehenden Gefahr einer u. U. lebenslangen Hospitalisierung und Exklusion aus gesellschaftlicher Teilhabe. Dass in derartigen Einrichtungen kaum die Möglichkeit besteht, personenzentriert und perspektivisch zu arbeiten und die Bedürfnisse Einzelner zu berücksichtigen, lässt sie gerade für die hier zur Diskussion stehende Zielgruppe in hohem Maße inadäquat erscheinen.

Auch Wohngemeinschaften erweisen sich aufgrund des hohen Konfliktpotenzials und eines häufig bestehenden Therapieanspruchs als wenig geeignet, insbesondere für BewohnerInnen ohne Therapiewunsch.

Beiden Unterbringungsformen gemeinsam ist zudem, dass die im institutionellen Setting benötigten und erlernten Fähigkeiten kaum übertragbar sind auf eigenständiges Wohnen. Probleme z. B. mit der „Heimordnung“ oder anderen aus zwangsgemeinschaftlicher Unterbringung resultierenden Anforderungen treten außerhalb von Sonderwohnformen nicht auf, stellen in diesen aber zumeist ein nur schwer bewältigbares Konfliktpotenzial dar.

Was sich in hohem Maße anbietet und sowohl aus professioneller Sicht geeignet erscheint als auch den Wünschen und Bedürfnissen von KlientInnen entspricht, sind wohnungsorientierte Ansätze¹⁰ wie etwa das Betreute Einzelwohnen.¹¹ Es erübrigt

¹⁰Zu diesen zählt auch das in den USA zu Beginn der 1990er Jahre entwickelte „Housing First“. Vgl. dazu: Volker Busch-Geertsema: Housing First – Housing Plus. In: Festschrift 20 Jahre BAWO, Wohnungslosenhilfe von A bis Z, Wien 2011, S. 111-125. Erste Versuche mit diesem Ansatz finden

sich an dieser Stelle, auf dessen Charakteristika hinsichtlich inhaltlicher Ausgestaltung und verfolgter Ziele näher einzugehen, sie finden sich in sämtlichen Jahresberichten des Vereins zur Förderung des DOWAS, so auch im vorliegenden.

Das Leben in einer Wohnung hat eine grundsätzlich andere Qualität als die Unterbringung in Sonderwohnformen. Neben der mietrechtlichen Absicherung bedeutet es, über eine abgeschlossene Einheit ohne den Zwang zur gemeinschaftlichen Nutzung von Wirtschafts- und Sanitärräumen, über Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung hinsichtlich Tagesablauf etc. zu verfügen, abschließen zu können, Privat-/Intimsphäre und einen autonom zu nutzenden und zu gestaltenden Rückzugsort zu haben. Im „Besitz“ genannter „Selbstverständlichkeiten“ zu sein, bedeutet für die BewohnerInnen einen enormen Zugewinn an Lebensqualität und stellt eine der Grundvoraussetzungen für Integration und Inklusion dar.

AM ENDE DES TAGES KOMMEN WIR ALLE NACH HAUSE¹²

Diesem Satz vorangestellt ist die Aussage „Wir alle sind anders und haben doch etwas gemeinsam“. In diesen Äußerungen kommt – obgleich sie im Duktus einer Faktizität suggerierenden Feststellung vorgebracht werden – wenig an Realität zur Sprache, an Information zum Vorschein oder gar an „Wahrheit“ ans Licht. Andererseits wird weitaus mehr an Inhalt, an Botschaft transportiert als das Vorauszusehende, das Erwartete: der Aufruf, die Motivierung zum Kauf.

Der Subtext handelt von gesellschaftlicher Inklusion, deren Bedingungen und relevanten Ingredienzien. Dass ihre zentrale Voraussetzung das Verfügen über ein möglichst großes Konsumpotenzial ist, wird nicht und muss nicht ausgesprochen werden, es ist dem Medium inhärent, wie auch die Ineinssetzung von Konsum und Glückserwartung bzw. -erfüllung und das Absolutsetzen einer gesellschaftlichen Norm(alität) hinsichtlich Wohnen, Lebensform und -gestaltung, die für viele, wiewohl aus unterschiedlichen Gründen, nicht erreichbar ist.

Ausgegangen wird, ohne dass es explizit geäußert würde, von – ganztägiger – Erwerbstätigkeit, die den Protagonisten/resp. uns alle abends nach Hause kommen, aus einem unwirtlichen, hier verregneten, Draußen in ein Drinnen treten lässt, dessen materielle Ausstattung auf allen Ebenen „Geborgenheit“ suggeriert und – aufgrund der aufgebotenen handelnden Personen – Eingebundensein in Familie und Freundeskreis. Eine bild- und wirkmächtige Inszenierung mehrheitsgesellschaftlicher „Normalität“.

Um nun wieder eine Annäherung an unsere Zielgruppe herbeizuführen, wird von der Annahme ausgegangen, angeführte Auflistung würde einen Ausschnitt aus einer

seit ca. zwei Jahren auch in Österreich, u. a. in Wien, statt. Wohnungsorientierte Ansätze weisen die höchste BewohnerInnenzufriedenheit auf, sie werden auch von der European Consensus Conference on Homelessness empfohlen.

¹¹ In Innsbruck ist es, neben dem Verein zur Förderung des DOWAS, im DOWAS für Frauen, dem Tiroler Frauenhaus und der AIDS-Hilfe Tirol seit 2 Jahrzehnten unverzichtbarer Bestandteil des Gesamtkonzepts.

¹² Ausschnitt aus einer Ikea-Werbung

Minus- und Mangelliste, einen Überblick über nicht erreichte Ziele, nicht erfüllte Wünsche einer sogenannten Normalbiografie darstellen.

Die Mangel-/Defizit-Situation einer solchen kulminiert angesichts dieses Werbespots in einer spezifischen Handbewegung. Jener, mit der der Wohnungsschlüssel, nachdem die Wohnungstüre hinter dem Protagonisten zugefallen ist, von diesem ebenso schwungvoll wie beiläufig und routiniert auf einer Kommode abgelegt wird.

Der Wohnungsschlüssel ist Materialität und Symbol gleichermaßen. Der Verlust der „Schlüsselgewalt“ bedeutet neben dem realen Verlust der Wohnung für viele der davon Betroffenen eine einschneidende Zäsur in ihrem Leben, stellt jene Grenze dar, die Inklusion von Exklusion trennt, eine, wenn auch häufig gerade noch, kontrollierbare Existenz überführt in die Erfahrung des (endgültigen) Kontrollverlusts über das eigene Leben. Berichte von KlientInnen über diesen Verlust sind häufig von existentieller Bedrohung und umfassender Resignation geprägt und vermitteln den Eindruck einer völligen Perspektivlosigkeit.¹³

In seinem 1963 gehaltenen Vortrag „Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter“¹⁴, der gerade und angesichts der bereits mehrfach thematisierten Tendenz zur Medizinisierung sozialer Probleme nichts an Aktualität eingebüßt hat, verweist der britische Psychoanalytiker Donald W. Winnicott auf die ätiologische Verknüpfung von Psychose bzw. geistig-seelischer Erkrankung und Umweltversagen (vgl. S. 297).

Und genau hier – im Bereich der „neuen“, der zu schaffenden, zu realisierenden Umweltversorgung – siedelt er die Aufgabe der Sozialarbeit an, für die, wie er feststellt, der Umweltfaktor eine spezifische Bedeutung hat (vgl. S. 289). Naheliegender also, dass Winnicott davon ausgeht, dass „die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter“ eine besonders förderliche Umwelt bzw. gar „übertriebene Fürsorge“ (vgl. 299) seitens ihrer SozialarbeiterInnen benötigen. Eine weitere Begründung für die zentrale Bedeutung der Umwelt findet sich in seinem Hinweis auf den Umstand, dass sich „das klinische Bild eines geistig-seelisch Kranken gemäß der Haltung der Umwelt (verändere), selbst wenn der Krankheitszustand des Patienten im Grunde unverändert bleibt“ (S. 293). Eine Betrachtungsweise, die der schwierigen – und zu verändernden – Situation/Umwelt, als Dreh- und Angelpunkt Sozialer Arbeit, eine hohe Bedeutung beimisst.

Man wird vielleicht einwenden, dies sei eine verkürzte, wenig differenzierte Sichtweise eines so komplexen und schwerwiegenden Geschehens wie eine psychische Erkrankung. Hinsichtlich ihrer Essenz aber sind Winnicotts Ausführungen sehr bedenkenswert, nicht von der Hand zu weisen und, was hier von Interesse ist, auf unsere Zielgruppe durchaus anwendbar.

So etwa lässt sich daraus, wie ich meine, eine Schlussfolgerung hinsichtlich ihrer „Unterbringung“ – ihrer „neuen Umweltversorgung“ – ziehen: nämlich die Priorisierung wohnungsorientierter Ansätze in Verbindung mit qualifizierter und adäquater Betreuung.

Warum? Damit kann sowohl das Verfügen über eine eigene Wohnung mit all den bereits dargelegten Vorteilen wie auch – im Rahmen der damit verknüpften

¹³Auch ein Verlust der Schlüsselgewalt, der „Einschluss“ zur Folge hat, etwa in einer Haftanstalt oder der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie, löst häufig ähnliche Empfindungen aus.

¹⁴Vgl. in: Derselbe: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Gießen 2006, S. 285-302.

Betreuung – eine adäquate Umweltversorgung im Sinne Winnicott`scher Ausführungen – realisiert werden.
Überdies: Dass dieses Modell praxisrelevant und ein mehrheitlich erfolgreiches ist, belegen u. a. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahrzehnten Betreutem Wohnen.

Lydia Domoradzki
Erschienen im DOWAS Jahrbuch 2012, S.44-57