



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Psychisch krank und obdachlos.

Eine Diskursanalyse am Beispiel Wien.

Verfasserin

Doris Aigner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A300

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Politikwissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Herbert Gottweis

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Theoretischer Zugang.....	5
1.2. Empirischer Zugang.....	6
1.3. Fragestellungen.....	8
1.4. Die einzelnen Kapitel.....	9
1.5. Begriffsbestimmungen.....	10
2. Zur sozialwissenschaftlichen Forschung.....	14
2.1. Obdachlosigkeit in Österreich:	14
2.2. Psychisch krank und obdachlos.....	16
3. Brisanz des Themas.....	19
3.1. Zusammenfassung und Ausblick	21
4. Wohnen und Biomacht.....	25
5. Problemdefinition und Problemdarstellung.....	28
5.1. Welche Macht?.....	30
6. Die soziale Konstruktion öffentlicher Politik.....	33
6.1. Getrennte Systeme statt vernetzter Hilfe	34
6.2. Die AutorInnen und die InterviewpartnerInnen.....	35
6.3. Die „Konjunktur“ des Themas psychisch krank und obdachlos.....	37
6.4. Der Beginn der „psychisch-krank-und-obdachlos-Debatte“	37
7. „Parallelspsychiatrie“.....	42
7.1. Schwierige Bewohner oder psychisch Kranke?.....	44
7.2. Inhalt des Policy Papiers.....	47
7.3. Die Empfänger des Policy-Papiers.....	49
8. Die Wiener Wohnungslosenhilfe.....	52
9. Über die soziale Konstruktion eines „Klienten“.....	55
10. Über den Blick auf den Klienten.....	58

11. Veränderung des Sozialen? Wie werden Randgruppen regiert?.....	59
11.1. Praktische und politische Folgen.....	63
12. Medikalisierung und Abweichung.....	64
12.1. Medikalisierung.....	65
12.2. Abweichung.....	66
12.3. Kontrolle.....	67
12.4. Ebenen und Stufen der Medikalisierung.....	68
13. Ultima ratio.....	71
13.1. Reformierte Psychiatrie.....	71
13.2. Anhaltebestimmungen.....	76
13.3. Der „Fall X“ aus dem Stiegenaufgang.....	77
14. Repolitisierung.....	81
15. Literaturverzeichnis.....	84
16. Anhang: Curriculum Vitae	92

1. Einleitung

„Obdachlos! Ohne Mittel sich Obdach zu schaffen! Hungrig! Frierend in den leichten Kleidern – man sollte glauben, dass solches Elend keine Steigerung mehr vertrüge, und doch gibt es noch Schlimmeres, das fast jede Gemeinschaft mit Menschen ausschließt (...) Ein Haufen dunstender Leiber wartet auf Einlass in das Asyl für Obdachlose. Der Geruch des Elends umfängt uns. Es wird Luft.“

Der Reporter Max Winter beschreibt eine Nacht im Asylverein für Obdachlose in der Arbeiterzeitung Nr. 355 vom 25. Dezember. Im Jahr 1898 (Winter 2006:117). Ein solches Asyl ist mein Arbeitsplatz und war auch mein Forschungsfeld.

Obdachlose und Langzeitarbeitslose sind *die* Exkludierten, sagt die Europäische Kommission und es gibt sie in ganz Europa (Commission of the European Community 1993:7 in: Kronauer 2002:10)¹.

Die Krise ist da und Arbeitsplätze sind knapp. Täglich hört man von Entlassungswellen. Man sieht Bilder von Zeltstädten, in denen Menschen Unterkunft gefunden haben, nachdem sie sich keine Häuser oder Wohnungen mehr leisten können (derStandard vom 9.5.2009). In wie fern sind psychisch kranke Obdachlose ein soziales Phänomen, dessen sich die Politik annehmen sollte?

Worin besteht die Brisanz des Themas und die Notwendigkeit sich damit zu beschäftigen? Was ist ein psychisch kranker Obdachloser; und wie wird dieses Phänomen problematisiert?

In Wien lässt sich beobachten, wie soziale Einrichtungen, die Obdachlose beherbergen, darauf aufmerksam machen, dass jener Anteil ihrer Klienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden zunimmt. Das Hilfesystem und die Betroffenen können oft schon aufgrund der bestehenden Strukturen das Ziel „Integration“ nicht erreichen. Die vorhandenen beispielsweise räumlichen

¹Kronauer zitiert aus: Commission of the European Communities (1993), Social Europe. Towards a Europe of Solidarity: Combating Social Exklusion. Supplement 4/93. Brüssel, Luxemburg.

Strukturen bestehen in kleinen Einzelzimmern, pro Stockwerk zu Wohngruppen zusammengefasst, oder in Vierbettzimmern eines Notquartiers, das man tagsüber verlassen muss. Es existieren aber auch Quartiere, die aus einem einzigen großen Raum bestehen, in dem bis zu hundert Personen am Boden auf Matten liegen und schlafen. Je nach Art oder Aufteilung der Räumlichkeiten können nun Zustände oder Verhaltensweisen der Klienten – wie starke Verwahrlosung, Schreien, Aggressionen oder Wahnvorstellungen – für Personal und Mitbewohner in einem Ausmaß störend sein, das die Hausordnung verletzt; so dass diese „störenden“ Klienten wieder auf der Straße landen. Es wurden Statistiken erstellt, die zeigen, dass Personen aufgrund psychischer Erkrankung ihren Wohnplatz verlieren und, dass generell der Anteil psychisch kranker Wohnungsloser steigt (Oberegger 2007:6; Stadt Wien: Psychiatriebericht 2004:31). Statistiken zeigen: es werden mehr. Man sieht: eine objektive Tatsache.

Gleichzeitig lässt ein konstruktivistischer Zugang die Vermutung zu, dass die geführten Diskurse die Wahrnehmung lenken. Ist es denkbar, dass wir uns in einem Prozess befinden, in dem ein soziales Problem eine neue Bedeutung, nämlich die der Krankheit bekommt? Dem radikalen Konstruktivismus folgend ist Erkenntnis eine zirkulär operierende Leistung, welche die Wirklichkeit in Wahrnehmung und Denken erst erzeugt. Mithilfe dieses Zugangs lassen sich Verbindungen herstellen zwischen dem, was wahr genommen wird und demjenigen, der wahrnimmt (Nohlen 1 2004:451f.; Watzlawick 1992:38). Ist es möglich, dass herkömmliche Vorstellungen und Kategorien zu Obdachlosigkeit (zum Beispiel abweichendes Verhalten, Armut) durch psychiatrische Diagnosen ersetzt werden, weil sich die Wahrnehmung eines Phänomens geändert hat? Zu welchen Praktiken kann eine solche Sichtweise führen?

Über den Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung gab es Anfang Jänner 2009 vermehrt mediale Berichterstattungen. Es war kalt in Wien und ganz Europa: Trotz der Kälte schlafen Obdachlose im Freien, obwohl es genügend Plätze in Notquartieren für die gäbe. Freiwillig würden sie das nicht machen, aber aus unterschiedlichen Gründen nehmen Obdachlose die vorhandenen Angebote oft nicht an. Meist handelt es sich um

psychische Probleme wie schwere Depressionen und Schizophrenie, mit denen die Betroffenen zu leben haben und, die es schwierig machen, ihnen ein Bett zur Verfügung zu stellen.

In Wien ist die Rede von circa 300 Personen, die akut obdachlos sind und bei winterlichen Temperaturen im Freien nächtigen (wien.orf.at vom 8.1.2009; derStandard.at vom 8.1.2009; stephansdom.at vom 9.1.2009).

Die Medien berichten über eine finnische Ärztin, die sich seit Wochen auf einem Berliner Flughafen aufhält: Sie sei psychisch krank, könne aber nicht erkennen, dass sie krank sei. Und sie wolle auch keine Almosen annehmen. Das Recht, Hilfe ablehnen zu können wird hier problematisiert. Da kann man eben nichts tun. Kann man nichts tun? Rechtliche Rahmenbedingungen beschränken die Eingriffsmöglichkeiten. Menschenverachtend, sagt man (derStandard.at vom 3.4.2009). Ist „das Recht“ das Problem? Worin besteht das Problem? Eine Interpretation des ersten Beispiels könnte lauten: es gibt ja genügend Plätze, sie müssen eben „nur“ in Anspruch genommen werden. Im zweiten Beispiel (dem, der finnischen Ärztin) könnte der Subtext lauten: es kann nicht angehen, dass diese Frau durch ihren „freien Willen“ in eine Situation geraten ist, die so öffentlich wahrgenommen werden kann und dabei so offensichtlich unvernünftig ist. Das Hilfesystem stellt demnach zwar Angebote zur Verfügung, diese dürften jedoch nicht passend sein. Die eine Frage bleibt allenfalls bestehen: Was kann und soll mit diesen Menschen passieren?

Ein e-Mail erreicht meine Dienststelle: Eine Richterin schreibt, sie hätte die Delogierung einer Frau aus ihrer Gemeindewohnung durchführen sollen. Es habe sich aber herausgestellt, dass die Frau offensichtlich psychisch krank ist. Daher ist die Wohnungsräumung ausgesetzt und eine Sachwalterschaft eingeleitet worden. Nun stellt sich das Problem, dass die Frau in einem sehr schlechten körperlichen Zustand ist, ihren eigenen Wohnungsschlüssel durch die Hausmeisterin nicht annehmen will und im Stiegenaufgang schläft. Es ist wiederholt die Rettung gerufen worden, die Frau möchte jedoch in kein Spital. Die Polizei kann keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung erkennen und veranlasst daher keine Begutachtung durch einen Amtsarzt. Der Psychosoziale Dienst (PSD), der für die ambulante psychiatrische und psychosoziale

Versorgung zuständig ist, verweist auf die Bedingung der Freiwilligkeit bei Inanspruchnahme von Behandlungen. Zudem steht die Vermutung nahe, dass die Frau an einer offenen, also ansteckenden Tuberkulose leidet. Durch die wiederholten Einsätze von Polizei und Rettung ist sie verschreckt, hält keinen Kontakt mehr aus. Es ist zu erwarten, dass sie sich demnächst in der Obdachlosigkeit wieder findet.

An diesem Beispiel lassen sich bereits mehrere Dimensionen erkennen, die zur Komplexität derartiger Fälle beitragen. Die Frau ist zunächst nicht obdachlos, da die gerichtlich angeordnete Räumung der Wohnung ausgesetzt wurde. Sie schläft im Stiegenaufgang, ihre Situation wird also öffentlich wahrgenommen und problematisiert. Die Richterin interpretiert ihr Verhalten als „offensichtlich psychisch krank“. Das Verhalten der Frau, ihre Kommunikationsweise oder vielleicht der Zustand, indem sich ihre Wohnung befindet, steht außerhalb der vorherrschenden Vorstellung von Normalität. Vor der eigenen Wohnung am Boden zu schlafen, ist unvernünftiges Verhalten. Die Frau ist vielleicht noch nicht krank, aber potentiell „nicht normal“. Ihr verwahrlostes Äußeres und ihr schlechter körperlicher Zustand legen nahe, dass sie sich medizinisch behandeln lassen sollte. Aber das will sie nicht. Will sie nicht, weil sie psychisch krank ist? Unter welchen Umständen kann gegen ihren Willen etwas unternommen werden? (Dieses Beispiel wird im Kapitel über die Anhaltebestimmungen noch einmal aufgegriffen werden.)

Die Motivation, diese Arbeit zu schreiben, entspringt einem eigenen Unbehagen. Als Sozialarbeiterin gehören akut Wohnungslose (=Obdachlose) zu meinem beruflichen Alltag. Ich sehe diese Obdachlosen auf der Straße leben, überleben und manchmal sterben, weil sie durch das soziale Sicherungssystem fallen. Gleichzeitig beobachte ich aber auch die wachsende Tendenz, Menschen immer rascher einer Kategorie „psychisch (zumindest) auffällig“ zuzuordnen. Verändert sich hier eine Sichtweise?

Daher möchte ich mich im Rahmen dieser politikwissenschaftlichen Abschlussarbeit eben damit auseinandersetzen: Was ist ein psychisch kranker Obdachloser? Wie wird er „regiert“ und wie kann er sich in diesem Kontext selbst regieren? Ist dieses Thema überhaupt ein Thema?

1.1. Theoretischer Zugang

Im Anschluss an Foucault wird der Körper als geschichtliches und soziales Phänomen gedacht, als Produkt einer Verschränkung von Diskursen, Praktiken und Institutionen. Weder Gesundheit noch Krankheit sind objektive Tatsachen sondern müssen als soziokulturell eingebettete, diskursive Praktiken erkannt werden (Gottweis u.a. 2004). Politische Probleme oder soziale Phänomene sollten eher als Argumentation denn als Fakten gesehen werden (Gottweis 2003). Ein Phänomen ist nicht einfach nur da, sondern das Produkt von Diskursen, durch das es immer wieder neu geformt wird. Der Name ist nicht das Ding. Die Landkarte ist nicht das Land (Alfred Korzybski 1933)².

„Nichtsdestoweniger sind wir alle uns dieser Sache kaum bewusst und verfallen auf denselben Fehler wie der Schizophrene, der die Speisekarte anstatt der darauf beschriebenen Speisen ißt, sich dann über den schlechten Geschmack beschwert und schließlich annimmt, daß man ihn vergiften will.“ (Watzlawick 1992: 19). Der Zugang dieser Arbeit ist konstruktivistisch und geht davon aus, dass die Realität nicht einfach „da“ ist, sondern unseren Interpretationen unterliegt. Und die müssen nicht ähnlich sein.

Die Diskurse erschaffen das Subjekt – nicht umgekehrt. In Diskursen wird Wissen über Wirklichkeit konstruiert und damit die Wirklichkeit selbst. Sie definieren eine Wahrheit und üben somit gesellschaftliche Macht aus (Bettinger 2007). Im Diskurs über psychisch kranke Obdachlose hat es den Anschein, als würde die Rolle des Abweichenden in die des Kranken umdefiniert und es bedarf starker sozialer Kontrolle, um eine Rolle festlegen zu können (Kolland 2008; Conrad/Schneider 1992). Diese theoretische Perspektive bietet die Möglichkeit einer anderen Interpretation der Wahrnehmung und der Praktiken im Umgang mit den „Wahnsinnigen“. Strategien von Inklusion und Exklusion hängen eng mit den jeweils zeitgenössischen Disziplinierungserfordernissen zusammen und mit der Bereitschaft und Fähigkeit, ihnen gerecht zu werden (Geiger 2009). Obdachlose ziehen als eine Randgruppe spezielle

²Alfred Korzybski gilt als Gründer der allgemeinen Semantik, das Zitat stammt aus seinem 1933 veröffentlichten Buch „Science and sanity“. Zitiert nach Watzlawick 1992:19

Aufmerksamkeit auf sich (Digeser 1992; Rose 1999). Der Komplex von Wohlfahrt und Kontrolle, das Wissen von Psy-Professionen wird thematisiert. In der Beziehung zwischen den Experten und ihren Subjekten geht es aber dabei nicht so sehr um Unterwerfung, sondern vielmehr um einen Prozess von Subjektivierung (Rose 1999). Subjekt bezeichnet einerseits, einer Herrschaft unterworfen zu sein, und andererseits das Bewusstsein der eigenen Identität (Foucault 2005). Das Konzept von Macht und deren Verbindung zu Körpern eröffnet die Möglichkeit, die Praxis von Subjekt-Machung zu verstehen (Hughes 2005). Castel wird herangezogen, um das Verhältnis von Sozialarbeit, Psychiatrie und Randgruppen darzustellen, ebenso wie die Veränderungen, denen dieses Verhältnis unterliegt (Castel 1991). Carol Lee Bacchi (1999) beschreibt, wie ein soziales Problem durch claim making konstruiert wird. Die Frage, was das eigentliche Problem sei, soll so erörtert werden. Die Epistemologie ist interpretativ. Es soll um die Bedeutung eines Phänomens innerhalb eines Politikprozesses gehen; noch mehr aber um (mögliche) Auswirkungen auf die psychisch kranken Obdachlosen selbst. Dieses Regiert-werden, Subjekt also von Regierung zu sein, lässt sich anhand des Konzepts der Gouvernamentalität verdeutlichen (Foucault, Rose, Lemke).

1.2. Empirischer Zugang

Diese Herangehensweise – die Frage danach, worin das eigentliche Problem besteht, wie es sich konkret darstellt, welche Lösungsvorschläge angedacht werden können, und welchen Praktiken und Vorstellungen diese unterliegen – bildet die Grundlage des empirischen Teils meiner Forschungsarbeit. Die Methodologie folgt dabei dem Ansatz Dvora Yanows und betont die Vielfalt an Bedeutungen, die der Interpretation der sozialen Welt innewohnt (Yanow 2000). Informationen wurden mit unterschiedlichen Methoden gewonnen und beruhen auf einem interpretativen Paradigma. Es wurden narrative Interviews geführt. Der Schwerpunkt lag dabei auf Gesprächen mit jenen Personen, die das Thema psychisch krank und obdachlos zu einem Thema gemacht haben. Ihre Rolle wird später die der „claim maker“ genannt werden. Die Reihenfolge der Planung und Durchführung ergab sich vorwiegend aus den Empfehlungen der Interviewpartner. Da das Thema inhaltlich auf Wien bezogen ist, kann davon

ausgegangen werden, dass die Szene überschaubar geblieben ist. Gleichzeitig machte ich mich auf die Suche nach schriftlichen Dokumenten, besonders dann, wenn sie in den Interviews erwähnt wurden, um die Aussagen durch eine jeweils „zweite Quelle“ zu stützen. Mediale Berichterstattungen wurden, wenn auch oft nur spärlich vorhanden, mit einbezogen. Parallel zum Forschungsprozess arbeitete und arbeite ich noch in einer Erstanlaufstelle für Obdachlose, die auch Streetwork-Sozialarbeit auf der Straße macht. Der Institution war mein Forschungsvorhaben bekannt.

Die eigene Rolle im Forschungsprozess ist schwierig zu verorten; diese Frage käme nahezu einem Selbstfindungsprozess gleich. Sie lässt sich am besten als teilnehmende Beobachtung beschreiben. Das Teilnehmen überwog in manchen Bereichen und machte es oft schwierig, die nötige Distanz zum Beobachtungsgegenstand zu wahren. Das Beobachten wiederum hemmte in manchen Situationen das Teilnehmen. Auf keinen Fall kann die eigene Rolle bei einem solchen Vorhaben vollkommen neutral sein. Das beginnt damit, dass jede Erkenntnis vom Vorwissen und Standpunkt des Betrachters abhängig ist und jede Beobachtung eine Theorie des zu Beobachtbaren voraussetzt. Zu Beginn überwogen die angenommenen Vorteile, selbst einen Platz im zu erforschenden Feld zu haben. So war es beispielsweise relativ einfach, Kontakt zu den Interviewpartnern herzustellen. Protokolle aus Arbeitskreisen einzusehen und zu kopieren wurde mir ebenfalls oft bereitwillig gestattet. Allerdings entwickelte es sich zu einer wahren Herausforderung, im konkreten Berufsalltag zwischen der Rolle als Forscherin (hier: teilnehmenden Beobachterin) und der einer Mitarbeiterin in der Wohnungslosenhilfe immer wieder hin und her zu springen. Die Abgrenzung wurde gegenüber meinen Interviewpartnern explizit angesprochen. Bemerkbar war die „geteilte“ Rolle aber doch immer wieder – sowohl in meinen eigenen Denkmustern als auch in meiner Wahrnehmung anderer Personen, sowie umgekehrt in deren Rückmeldungen. Das „im Feld Sein“, „local knowledge“ (Yanow 2000) zu erwerben, mag zwar erleichtern, Dinge zu erkennen, die vielleicht so nicht explizit ausgesprochen, oder kaum wo schriftlich festgehalten werden; Dieser Zugang zum Feld bringt aber auch mit sich, permanent Perspektiven wechseln zu müssen und manchmal auch das Gefühl, sich selbst heillos zu verlaufen. Die meisten narrativen Interviews

wurden elektronisch festgehalten und transkribiert. Von kürzeren Gesprächen wurden Gedächtnisprotokolle erstellt. Die Auswertung erfolgte nicht mittels Kategorien, sondern es wurde versucht, die jeweilige subjektive Perspektive des Erzählenden nachzuvollziehen und im Gesamtbild zu verorten. Insofern besteht der empirische Teil nicht aus einem oder mehreren Kapiteln, sondern Aussagen und Inhalte fließen immer wieder in die Arbeit ein. Im letzten Teil wird am konkreten Beispiel Gruft, einem „Asyl“ für Obdachlose, versucht werden, den gewonnenen theoretischen Einblick noch einmal auf die ganz konkrete Praxis, sozusagen die Mikroebene, beschreibend anzuwenden. Wenn rückblickend die Perspektive verändert wird, dann liegt die Bedeutung dieses Vorhabens darin, das, was alltäglich um mich und mit mir in diesem Mikrokosmos passiert, aus einer anderen Position heraus betrachten zu können.

Bei allen aufgetretenen Unsicherheiten kann zumindest behauptet werden, dass ich mit und in meinem Forschungsprozess gelebt habe.

1.3. Fragestellungen

Zu Beginn stellt sich die Frage, was passiert bei der Betrachtung des Themas psychisch krank und obdachlos? Manche sagen, Personen und Probleme würden mehr; die Anzahl psychisch kranker Obdachloser steige. Andere meinen, es hätte sich lediglich unsere Wahrnehmung geändert. Was bedeutet es, eine soziale Randgruppe zunehmend in medizinischen Begriffen zu beschreiben? Ist es tatsächlich so, dass Krankheitsbegriffe verwendet werden, um ein soziales Problem fassen zu können? Welche Praktiken sind damit verbunden, und welchen Vorstellungen liegen diesen zugrunde?

Wie hat man sich das Phänomen psychisch krank und obdachlos vorzustellen? Gibt es unterschiedliche Konstruktionen? Wenn ja, worin unterscheiden sich diese Konstruktionen?

(Wie) Wird damit politisch umgegangen? Wenn ja, mit welchen Inhalten? Wenn nicht, warum nicht? Ist es möglich, dass es sich hierbei um ein non-issue handelt und warum könnte das der Fall sein? Die Fragestellungen könnten in

aller Kürze auch lauten: Worin besteht das Problem? Wer sagt, dass es überhaupt ein Problem gibt? Und: was kann und soll man tun? Wie werden psychisch kranke Obdachlose regiert?

1.4. Die einzelnen Kapitel

Kapitel 2 setzt sich mit der österreichischen und deutschen sozialwissenschaftlichen Forschung zum Thema auseinander und sucht danach, was man über psychisch kranken Obdachlosen tatsächlich weiß.

Kapitel 3 führt in das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle ein und fragt danach, warum man sich mit dieser Thematik auseinandersetzen sollte.

Kapitel 4 thematisiert die Bedeutung von Wohnen und eben Nicht-Wohnen und identifiziert die institutionalisierte Wohnungslosen-Hilfe als Biomacht.

Kapitel 5 stellt eine Verbindung zwischen der Formulierung eines Problems und einer Konzeption von Macht her. Die hier von Peter Digeser charakterisierte Macht schließt an die Analytik von Michel Foucault an.

Kapitel 6 beschäftigt sich mit der sozialen Konstruktion öffentlicher Politik. Als empirischer Kern wird ein Policy Papier vorgestellt. Ein Politikprozess wird über die Interviews mit den Akteuren und durch eine Analyse von Dokumenten dargestellt. In diesem Kapitel wird auch die Frage gestellt, ob das Thema überhaupt ein issue ist.

Kapitel 7 geht auf die Rahmenbedingungen ein, unter denen der Diskurs entstanden ist und berührt die Frage, ob es unterschiedliche Vorstellungen zu einem psychisch kranken Obdachlosen gibt.

Kapitel 8 stellt den institutionellen Kontext, nämlich die Wiener Wohnungslosenhilfe vor und weist auf strukturelle und inhaltliche Veränderungen hin.

Kapitel 9 und Kapitel 10 rekonstruieren, wie ein Klient „gemacht“ wird und wie sich der „Blick“ auf ihn richtet.

Kapitel 11 stellt den Umgang mit einer Randgruppe in den Kontext einer Veränderung des Sozialen.

Kapitel 12 greift die Frage auf, ob das soziale Problem Obdachlosigkeit medikalisiert und somit individualisiert wird.

Kapitel 13 lotet die Dimensionen im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle aus und beschreibt konkret die jeweiligen Grenzen.

Zunächst folgen noch Begriffsbestimmungen:

1.5. Begriffsbestimmungen

a. Diskurs: Diskurse können als gesellschaftliche Äußerungsformen in Sprache oder Schrift verstanden werden, die durch die jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen geregelt sind. Der Bezug auf den Begriff Diskurs erfolgt dann, wenn sich theoretische Perspektiven auf die Konstruktion von Wissen und von Wirklichkeit, sowie auf zugrunde liegende Strukturmuster oder Regeln der Bedeutungsproduktion und -Reproduktion beziehen. Diskurse sind als symbolische Ordnungen zu begreifen, die den Subjekten das gemeinsame Sprechen und Handeln innerhalb eines sozialen Kontextes erlauben. In ihnen und durch sie wird Wissen über Wirklichkeit konstruiert. Sie sind Ausdruck und Konstitutionsbedingung des Sozialen zugleich und haben gesellschaftliche Voraussetzungen und Folgen (Bettinger 2008:76f).

b. Subjekt und Subjektposition: Wo steht wer? Subjekte und Akteure können nicht als der Ursprung sozialer Beziehungen gesehen werden, weil von jeweils spezifischen diskursiven Bedingungen abhängig sind. Aus dieser Perspektive wird das selbstbewusste, moderne Subjekt von der Idee einer verwobenen und fragmentierten Textur ersetzt, aus der Subjektivität hervor kommt. Akteure agieren im Politikprozess und Institutionen prägen diesen Prozess. Prozesse müssen innerhalb des Diskurses verstanden werden, der Akteuren und Institutionen einen Platz gibt, indem sie für das zu bearbeitende Feld als wichtig erachtet werden (Gottweis 2003:252f).

c. Gouvernamentalität: Der Begriff der Gouvernamentalität ist nur ein Kürzel für unterschiedlichste Machtverhältnisse, die letztlich der Steuerung von Menschen dienen (Ruoff 2007:199). Foucault beschreibt Gouvernamentalität wie folgt: Darunter versteht man erstens die Gesamtheit von Institutionen, Verfahren, Analysen, Reflexionen und Taktiken, die es gestatten, Macht auf die gesamte Bevölkerung auszuüben. Zweitens meint Gouvernamentalität die Tendenz eines Machttyps, der als Regierung bezeichnet wird, spezifische Regierungsapparate und Wissensformen hervorzubringen. Und drittens ist darunter der Prozess zu verstehen, der den Staat zu einem Verwaltungsstaat werden lässt. Bei Regierung handelt es sich nicht um die Institution Regierung, sondern um die Aktivitäten, die darin bestehen, das Verhalten der Menschen innerhalb eines staatlichen Rahmens und mit staatlichen Instrumenten zu regieren (Foucault 2005:171).

d. Randgruppe: Damit sind Minderheiten gemeint, die vom Zugang zu wesentlichen sozialen Gütern ausgeschlossen sind und die aus Sicht der Mehrheit in ihrem Lebensstil, wie durch ihr abweichendes Verhalten, nicht den herrschenden sozialen Normen entsprechen (Nohlen 2 2004:777).

e. Biomacht und Biopolitik: Die beiden Begriffe lassen sich schwer trennen. Unter Biopolitik versteht man mit Foucault die Art und Weise, in der man versucht, die Probleme zu rationalisieren, die der Regierungspraxis durch die gesamte Population (zum Beispiel Gesundheit, Hygiene etc. betreffend) gestellt werden (Foucault 2005:180). Biopolitik sind Strategien im Wettbewerb um die Problematisierung menschlichen Lebens im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Auf ihnen beruht die Rede von „normal“ und „pathologisch“ (Rose/Rabinow 2003:27). Biomacht hat als Zielobjekt den Körper und zwar in entindividualisierter Weise durch die Statistik (Ruoff 2007:80).

Nikolas Rose und Paul Rabinow folgend, konstituiert sich Biomacht über die drei Achsen Wissen, Macht und Subjekt (Rabinow/Rose 2003:34).

f. Obdachlosigkeit: Die Schwierigkeiten, das Phänomen angemessen wahrzunehmen, hängen von der jeweiligen Definition ab. Will man überhaupt von angemessen sprechen, sollte man sich vergegenwärtigen, dass die

Bestimmung eines Begriffs oder eine Einordnung in Kategorien immer Entscheidungen voraussetzt.

Die Europäische Definition von Obdachlosigkeit und unzureichender Wohnversorgung (ETHOS European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) wird auch von der Wiener Wohnungslosenhilfe verwendet (Graber/Haller/Penz 2008:13f.). Es werden vier Gruppen unterschieden, von denen obdachlose und wohnungslose Personen durch die Wohnungslosenhilfe erfasst werden. Obdachlose Menschen werden in zwei Kategorien unterteilt. Einerseits in Menschen, die tatsächlich auf der Straße, auf Parkbänken, unter Brücken, in Abbruchhäusern, in öffentlichen WC Anlagen und ähnlichem leben. Andererseits in Menschen, die in Notunterkünften übernachten, tagsüber aber keine Bleibe haben.

Wohnungslose Menschen haben keine eigene Wohnung, sondern sind zeitlich befristet in den Häusern der Wohnungslosenhilfe untergebracht. Unter Wohnungslosenhilfe wird jenes Segment bezeichnet, das sich schwerpunktmäßig, professionell und kontinuierlich mit den Hilfestellungen für Menschen in akuter Wohnungsnot und/oder Wohnungslosigkeit befasst. Sie wird abgegrenzt von jenen Bereichen und Einrichtungen, die sich nur dann mit dem Problem der Wohnungslosigkeit beschäftigen, wenn der Klient wohnungslos ist, diese Hilfestellung aber nicht in den Mittelpunkt der jeweiligen Betreuungsbeziehung stellen (Eitl/Schoibl 1999:41). Diejenigen, die in sozial betreuten Wohnhäusern (früher: Seniorenwohnhäuser; nicht zu verwechseln mit Pensionistenwohnheimen oder Pflegeanstalten) leben, werden als ehemals wohnungslos bezeichnet.

In dieser Arbeit soll es um Obdachlose gehen. Zum einen deswegen, weil sie am stärksten öffentlich wahrgenommen werden. Verwahrlosung, Alkoholkonsum und auffälliges Verhalten werden als Problematik sichtbar (Graber/Haller/Penz 2008:14). Aber nicht nur auffälliges Verhalten, sondern schon die Tatsache, dass sie sich im öffentlichen Raum aufhalten ohne Konsumenten zu sein, lenkt den Blick auf sie, macht sie auffällig. Zum anderen, und das ist die wichtigere Dimension, sind die Obdachlosen diejenigen, die als Randgruppe einer bestimmten Art von Kontrolle und einem Willen zum Wissen unterliegen, wie weiter unten noch beschrieben wird. Der Begriff obdachlos erscheint

aussagekräftiger als wohnungslos.

g. psychisch krank: „The soul is the prison of the body“ (Foucault in: Rabinow:1984:177).

Wie oben statuiert, unterliegt jede Definition einer Entscheidung, die sowohl von Vorstellungen als auch von Interessen, von disziplinären Zugängen und weiterem mehr abhängt. Die Bezeichnung „psychisch krank“ im Titel zu führen, sollte eigentlich erfordern, sie so klar wie möglich abzugrenzen. Allerdings wird hier von einem Begriff der (psychischen) Krankheit als sozialer Konstruktion ausgegangen. Es soll vor allem vermieden werden, eine medizinische, psychiatrische oder psychologische Erklärung heranzuziehen, um die soziale Dimension deutlicher und die Wirkung aktueller medizinischer Erklärungsstrukturen sichtbar zu machen. Psychisch krank dient vorläufig als Metapher (Miller 1985:199). Die Frage, was unter einem psychisch kranken Menschen verstanden wird, welche Unterschiede zwischen verschiedenen Vorstellungen davon herrschen, soll herausgearbeitet werden.

h. Macht und Wissen: Macht schließt an Wissen an und Wissen an Macht: Wo Macht ausgeübt wird, findet immer auch ein Vorgang der Informationsgewinnung statt, der die Basis für systematische Erkenntnis über den Menschen bildet; und wo wissenschaftliche Erkenntnisse entstehen, wirken diese gleichzeitig auf die Intensivierung und Verfeinerung der Machtausübung zurück (Forster 1997:236).

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, zunächst danach zu suchen, was man eigentlich von Obdachlosen weiß und wie der Stand der Forschung ist.

2. Zur sozialwissenschaftlichen Forschung

2.1. Obdachlosigkeit in Österreich:

Die erste Studie zu Obdachlosigkeit in Österreich stammt aus dem Jahr 1987. Sie wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegeben und von einem Projektteam des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit (ÖKSA) erstellt. Die Zielsetzung bestand darin, einen Überblick über die quantitative Dimension zu gewinnen und Daten über die Arbeitsweisen sowie das Leistungsangebot verschiedener öffentlicher und privater Einrichtungen zu erheben. Als methodische Zugangsweise wählten die Autoren eine Befragung über die Perspektive der Betreuer. Sie gingen davon aus, dass „je identer Einschätzungen von Betreuern zu einem bestimmten Problem bezüglich Obdachlosigkeit sind, desto eher angenommen werden kann, daß diese Einschätzung realistisch ist.“ (Wögerer/Spring 1987:V in: Scharinger 1993:85). Neben soziodemographischen Daten enthält die Studie eine Analyse der Ursachen von Obdachlosigkeit. Als Hauptursachen wurden Alkoholismus und Drogenprobleme angegeben. Weiters wurden Arbeitslosigkeit und Ehescheidungen genannt. Psychische Schwierigkeiten kommen explizit noch nicht vor.

1993 erschien eine Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften (IFS) im Auftrag der MA 12, der Magistratsabteilung für Soziales der Stadt Wien.

„Du wüsst wissn, wo i schlof? Zur Situation von akut Obdachlosen in Wien“ war der Titel.

Der Autor Christian Scharinger untersuchte die Situation akut obdachloser Personen. Methodisch befragte er Obdachlose, MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe, Polizeibeamte und Bezirkspolitiker, um ein möglichst umfassendes Bild zu gewinnen. Er kam zu dem Schluss, dass sich Anfang März 1993 die Anzahl von akut Obdachlosen auf 4.700 bis 4.800 belief. Es wurden 235 obdachlose Personen mithilfe eines standardisierten Fragebogens zu ihrer

Situation interviewt. Zu ihrem Gesundheitszustand befragt, gaben 60% an, unter gesundheitlichen Beschwerden zu leiden. Ein Drittel der Befragten war bereits einmal zur Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus (Scharinger 1993:116).

1999 fand eine österreichweite Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) statt. Die BAWO ist die Dachorganisation jener Einrichtungen, die mit Obdachlosen arbeiten. Beauftragt wurde der Forschungsbericht vom Bundesministerium für Wirtschaftliche Angelegenheiten, dem Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie und dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Gerhard Eitel und Heinz Schoibl führten die Untersuchung durch.

Die Autoren schreiben, dass keine gesicherten Angaben über Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit und Wohnungslosigkeit möglich sind. „Nach vorsichtigen Schätzungen könnten 10 Prozent der Klientel davon betroffen sein“ (Eitel/Schoibl 1999:35). Das fehlende Angebot für psychisch kranke Wohnungslose ist „aktuell als das größte Defizit der Wiener Wohnungslosenhilfe zu bezeichnen“ (Eitel/Schoibl 1999:49).

Im selben Jahr fand in Salzburg die vierte Wohnungslosenhilfetagung statt. Thema war „psychisch krank und wohnungslos“. Der Grundtenor war getragen vom Vorwurf, dass die Wohnungslosenhilfe allein gelassen werde; nämlich vor allem vom psychiatrischen Hilfesystem. Gefordert wurde eine dichtere Vernetzung von Gesundheitsbereich und Sozialbereich (Schoibl/Holzer/Krammer/Gölzner 1999).

Das Thema stieß zunehmend auf breitere Resonanz innerhalb des Hilfesystems.

Fast zehn Jahre später stellt Christian Wetschka allerdings noch immer fest: wissenschaftliche Untersuchungen über das Problemfeld psychisch krank und wohnungslos fehlen in Österreich gänzlich (Wetschka 2007:1).

Hier griffen wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dieser Thematik – psychische Erkrankung und Obdachlosigkeit in ihrer Kombination – bisher vor allem auf eine deutsche Publikation zurück.

2.2. Psychisch krank und obdachlos.

1996 erschien im deutschsprachigen Raum, herausgegeben vom Institut für kommunale Psychiatrie, „Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank.“ Die Autoren, vorwiegend Psychiater, Psychologen und Soziologen, sahen angesichts der sich weiter verschärfenden Einsparmaßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich voraus, dass sich die durch Wohnungslosigkeit desolate Lebenslage von psychisch Kranken weiterhin verschlechtern wird. „Aus der vergessenen Minderheit wird eine nicht übersehbare Gruppe, werden die die öffentliche Ordnung störenden Wohnsitzlosen, deren Lebenslage durch Verelendung und Verwahrlosung gekennzeichnet ist.“ (Institut für kommunale Psychiatrie 1996:9)

Wer sind die psychisch kranken Wohnungslosen? Klaus Nouvertné, Leiter des Instituts für kommunale Psychiatrie, versuchte eine Klassifizierung dieser Gruppe von Menschen einzuführen.

Eine Persönlichkeitsvariable, die psychisch Kranke in die Obdachlosigkeit führt, scheint vor allem die Eigenschaft zu sein, bei anderen Aversionen und Abneigung hervorzurufen. Auslöser für diese Abneigung können äußerliche, aber auch verhaltensspezifische Merkmale der einzelnen Klienten sein. Viele obdachlos gewordene psychisch Kranke würde man in der Psychiatrie neben der Grunddiagnose „psychotisch“ mit der Zusatzdiagnose „querulatorisch“ versehen.

Man kann aber auch den gegenteiligen Typus auf der Straße finden. Die stillen, unauffälligen und dabei sehr attraktiven Menschen. Menschen, zu denen man auch nach intensiver Beziehungsarbeit keinen Zugang findet, was für optimistische psychosoziale Helfer oft eine Provokation darstellt. Nach Meinung der psychiatrischen Fachwelt leiden dieser „stille Typus“ zwar, sind aber nicht in der Lage dies zu artikulieren, was jedoch die Grundvoraussetzung von Beziehungsarbeit wäre. Man hat es also entweder mit Menschen zu tun, die auffallen weil sie störend sind, oder aber mit solchen, die auffallen, weil sie offensichtlich nichts möchten und vor allem keine Beziehung zu einem „Helfer“ eingehen. Als dritte Kategorie sind für Nouvertné Menschen denkbar, die sich trotz „Hypersensibilität“ überraschenderweise im reizüberfluteten öffentlichen

Raum aufhalten und dort auffallen (Nouvertné in: Institut für kommunale Psychiatrie 1996:30ff).

Es werden vom Autor drei Ursachenkomplexe genannt, die sich für eben diese Erscheinungsform des Problems verantwortlich zeigen.

1. Persönlichkeitsspezifisches Verhalten der obdachlosen psychisch Kranken. Dazu zählen persönliche Schwierigkeiten, aber auch die Schwere sowie Art und Weise der psychiatrischen Symptomatik.
2. Gründe, die darin liegen, dass das psychiatrische Versorgungssystem eine eigene, abgeschlossene Welt darstellt, die als „Eintrittskarte“ Krankheitseinsicht, Störungsbewusstsein und Einsicht in die Notwendigkeit psychiatrischer Hilfe erfordert.
3. Die Art und Weise, wie in der Psychiatrie üblicherweise gearbeitet wird.
(Nouvertné in: Institut für kommunale Psychiatrie 1996:31)

Es wird in der Publikation nicht näher darauf eingegangen, wie in der Psychiatrie „üblicherweise“ gearbeitet wird. Die beiden ersten Punkte berühren das Grundverständnis jeder Herangehensweise an ein Problem. Ist es die individuelle Person oder die Struktur, die Handeln erst ermöglicht?

Eine überarbeitete Fassung des Buchs erschien 2002 mit dem Titel „Obdachlos und psychisch krank“. Sie wurde erweitert um die Beobachtung verschärfter Polarisierung zwischen den Armen und den Reichen, zunehmender Belastungen am Arbeitsplatz, Angst vor Jobverlust und einer hoch individualisierten Gesellschaft, die oft zu Isolation führen kann. Diese gesellschaftlichen Diagnosen legen den Schluss nahe, dass für psychisch sensible, instabile und beeinträchtigte Menschen solche Lebensumstände nicht selten in die Wohnungs- und Obdachlosigkeit führen. (Nouvertné u.a. 2002: 8). Die beiden Bücher werden im deutschsprachigen Raum sehr häufig zitiert, vielleicht auch mangels Alternativen.

Die Autoren sprechen das Dilemma an, dass, wer die soziale und gesundheitliche Situation obdachloser Menschen zum Thema macht, sich leicht dem Verdacht aussetzt, diese Menschen mit einem „totalitären Versorgungsanspruch beglücken“ zu wollen. Obdachlose werden leicht zu

Objekten „konkurrierender Wohlfahrtskonzerne“ stilisiert (Nouvertné u.a.2002:9). Hier klingt bereits eine Schwierigkeit an, die sich oftmals ergibt, wenn man versucht auf das Bestehen eines Problems aufmerksam zu machen und damit gleichzeitig implizit die Frage in den Raum stellt: Was soll man tun?

Das Dilemma besteht darin, sich in einer Zwangslage zu befinden oder in der Schwierigkeit, zwischen zwei unangenehmen Möglichkeiten wählen zu müssen. Totalitär, Versorgung, Anspruch, Glück, Konkurrenz, Wohlfahrtskonzern - dies spiegelt die Komplexität des Themas wider, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Wucht an Bedeutung allein in diesen wenigen Begriffen liegen kann. Die Rezensenten sprechen demnach auch von einem „thematischen Minenfeld“. Die psychisch kranken Obdachlosen scheinen diejenigen zu sein, die mehreren Systemen ihre Grenzen aufzeigen: der stationären wie der ambulanten Psychiatrie, der Wohnungslosenhilfe, der Suchtkrankenhilfe und ordnungspolitischen Maßnahmen gleichsam. Herbst und Schneider lesen den Subtext der Publikation folgendermaßen: Psychisch kranke Menschen wollen oftmals diese Psychiatrie nicht, sie gehen ihr aus dem Weg, sie ziehen die Wohnungslosigkeit vor, sie sind Opfer oder Geschädigte dieser Psychiatrie. Zugespitzt formuliert: Nicht die psychisch kranken Obdachlosen sind das Problem, sondern krank sind vielmehr die Psychiatrie und die Obdachlosenhilfe. Werden diese Hilfen beseitigt, wird es den psychisch Kranken besser gehen, so eine mögliche These (Herbst/ Schneider 2003:6).

Die Frage danach, was zuerst kam – die psychische Erkrankung oder die Obdachlosigkeit? – wird häufig gestellt. Ein Grund dafür mag sein, dass man auch die Prioritäten im Umgang mit dem Phänomen dieser Reihenfolge entsprechend anzulegen versucht. Ernst von Kardoff beschreibt die beiden möglichen Zugangsweisen. Der Selektionshypothese folgend kann man beobachten, dass Menschen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eine Abstiegskarriere durchlaufen. Die Kausalitätshypothese hingegen lenkt den Blick darauf, wie Menschen erkranken und aufgrund ihrer Armutslage psychisch krank werden (Kardoff 2008: 306).

3. Brisanz des Themas

Das Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Kontrolle und was dies bedeuten kann, soll in weiterer Folge aufgegriffen werden und legt gewissermaßen den roten Faden durch diese Arbeit. So wird das Wohnungslosen-Hilfesystem als Schnittstelle zwischen Gesetzesmacht und Biomacht verstanden. Die vereinfachte Formel „Hilfe = gut, Kontrolle = schlecht“ verengt die Perspektiven und blendet Graubereiche aus.

Ernst von Kardoff dazu: „Weil der Verrückte nicht nur krank ist, sondern immer zugleich auch die soziale Ordnung stört und seine Mitmenschen irritiert, durch Zwang und Strafe nicht zur „Raison“ gebracht werden kann und daher Abweichung und die entsprechenden Zuschreibungen konstitutiv zu ihm gehören, muss sich eine sozialwissenschaftliche Perspektive der Entwicklungslinien des gesellschaftlich organisierten Umgangs mit dieser Personengruppe zuwenden. Die Geschichte der sozialen Konstruktion der Verrückten als psychisch Kranke und der gesellschaftlichen Organisation ihrer Verwaltung, Therapie, Versorgung und Kontrolle verweist auf ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Disziplinen, gesellschaftlicher Strategien, Organisationsformen sowie Einstellungen und Haltungen“ (Kardoff 2008:295). Oder wie Foucault sagt: „Will man zum Beispiel verstehen, was die Gesellschaft unter geistiger Gesundheit versteht, muss man untersuchen, was auf dem Gebiet der Geisteskranken geschieht“ (Foucault 2005: 243).

Verrückte fallen aus dem Rahmen und die Frage, wie man ihnen begegnen soll, verursacht Unsicherheit. Sie werden Gegenstand informeller sozialer Kontrolle in den Netzwerken der Lebenswelt. Als Kranke fallen sie in die Zuständigkeit von Psychiatrie und Psychotherapie. Sobald Gefahren der Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen oder Straftaten begangen werden, kommt die Justiz als Verantwortliche hinzu. Als Ausgegrenzte und als „arme Irre“ werden sie zusätzlich zu Klienten der sozialen Sicherungssysteme – sowohl unter den Aspekten von Verwaltung, Kontrolle und Verwahrung, als auch unter solchen

von Inklusion und sozialer Gerechtigkeit (Kardoff 2008:296).

Jan Wehrheim schreibt, dass in den USA „dangerous mentally ill street people“ teilweise von gewaltsamen Vertreibungen aus Bahnhöfen und Parks betroffen sind (Wehrheim 2006:206). Es geht also um die Menschen, für die die Räume in der Stadt enger werden, die aber gleichzeitig nicht oder noch nicht von einem Hilfesystem erfasst sind. Das verursacht massive Unsicherheit und mag ebenso in direktem Zusammenhang damit stehen, dass man diese Situation nicht problematisiert. Die Kombination einer unterstellten Gefährlichkeit von Armen und die Nicht-Verstehbarkeit von psychischer Erkrankungen verstärkt diese Unsicherheit. Der Topos der gefährlichen Klassen wird heraufbeschworen. Massenmedien inszenieren und man überträgt alles, was eine Gesellschaft an Bedrohung in sich birgt auf Gruppen an deren Rand (Castel 2005:75). Und gleichzeitig werden die, die bereits am Rand sind mehr.

Die Anzahl jener Menschen, die nur noch peripher am produktiven Austauschprozess teilnehmen steigt. Zusätzlich werden Menschen am Rand der Arbeitsgesellschaft auch noch innerhalb des Hilfesystems ausgegrenzt. Und weil ihnen „nicht zu helfen“ ist, ist die Versuchung groß, wiederum auf härtere Formen der Disziplinierung durch Polizei, private Wachdienste, eine engere Koppelung von Hilfe und Sanktionen und ähnliches zurückzugreifen. Gerade in Zeiten der Zuspitzung von Ausgrenzungsprozessen sieht sich das jeweilige Hilfe- und Kontrollsystem einem wachsenden Problemdruck ausgesetzt. Umso mehr sollte sich die Hilfe auf die „wirklich Bedürftigen“ (also auf die, denen man „helfen kann“) konzentrieren. Unter dem Verweis auf die Knappheit der Mittel ist man eher geneigt, diesen Personenkreis enger zu ziehen (Geiger 2008: 390).

Die Verbindung einer Nützlichkeitsmoral beziehungsweise einer Leistungsethik, die den Wert des Menschen ausschließlich an seiner Arbeitskraft und an seinem Beitrag für die Gesellschaft bemisst, mit einem ökonomisch-rationalen Verwaltungshandeln, das die Aufwendungen für chronisch kranke und behinderte Menschen allein unter dem Gesichtspunkt administrativ definierten Bedarfs und vorhandener Mittel sieht, diese Verbindung bildet eine bis heute wirksame Unterströmung, eine Art „heimlichen Lehrplan“, nach dem sich die Versorgung organisiert – besonders in Zeiten knapper Kassen und politisch

verknappter Mittel (Kardoff 2008: 300). In diesem Kontext müssen die wirklich Bedürftigen nämlich auch zeigen, dass sie willens und fähig sind, an sich zu arbeiten. Die Therapiefähigkeit wird zum Kriterium für die Integrationsfähigkeit. Parallel dazu kommt es zu einer funktionalen und institutionellen Ausdifferenzierung in unterschiedliche Versorgungssektoren. Für die nicht mehr integrationsfähigen chronisch Kranken ist, unter dem Druck der ökonomischen Krise der Wohlfahrtsstaaten, lediglich mehr eine marginalisierte Existenz ohne Förderung einer anerkannten beruflichen und sozialen Identität „eingeplant“ (Forster 1997: 80).

3.1. Zusammenfassung und Ausblick

Was bedeutet es also, von einer gesellschaftlichen und politischen Perspektive aus betrachtet, wenn jemand aus einer Randgruppe zusätzlich als psychisch krank bezeichnet wird?

Was bedeutet psychisch krank? Ein Grund, warum diese Arbeit in der Form geschrieben wird ist, dass in der Literatur zum Gegenstand sehr unterschiedliche Konstruktionen von psychisch krank existieren. Mal ist von chronisch Kranken die Rede, dann wieder von Süchtigen. Manchmal von Menschen, deren Interpretation der Welt anderen nicht mehr zugänglich ist und dann wieder von Menschen mit „seismographischer Übersensibilität“ (Weißmayer/Strobl in: unfrei_willig ausgegrenzt 2005:50).

Die Frage bleibt, was bedeutet es für die betroffenen Menschen und was sagt das über die Gesellschaft aus. „Irren ist menschlich“ ist der Titel eines Buchs von Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller und Frank Wendt. Sie weisen darauf hin, dass die Psychiatrie der Ort ist, wo der Mensch besonders menschlich ist, wo die Widersprüchlichkeiten des Menschen oft nicht auflösbar sind. Die Frage „Was ist ein psychisch Kranker?“ ist fast so allgemein wie die Frage: „Was ist ein Mensch?“ (Dörner u.a. 2002:11).

Ausgegangen wird davon, dass ein Phänomen nicht einfach „da“ ist, sondern dass der psychisch kranke Obdachlose durch die Diskurse, die über ihn geführt werden, erst geformt oder produziert wird. Diskurse erschaffen die Wirklichkeit

eher, als dass sie sie einfach nur abbilden. Die Wohnungslosenhilfe thematisiert „ein Problem“. Es gilt zu klären, was unter Wohnungslosenhilfe verstanden wird. Dazu ist die Betrachtung rechtlicher, geschichtlicher und verwaltungstechnischer Dimensionen notwendig. Psychisch Kranke sind ein Problem, weil sie die Normalität stören, weil sie nicht mehr funktionieren und nicht integrierbar sind. Es wird nach der individuellen Ursache der problematischen Situation gesucht. Es gibt unterschiedliche Erklärungsmodelle und ebenso unterschiedliche Verantwortlichkeiten werden thematisiert. Es darf nicht übersehen werden, dass die Definitionsmacht vorwiegend beim Hilfesystem selbst liegt. Kommen Medien ins Spiel, übernehmen sie üblicherweise die Sichtweise des Hilfesystems. Daher soll das Hilfesystem näher betrachtet werden hinsichtlich der Logiken, welche die Praxis formen. Reintegration (nur) durch Betreuung. Immer wieder wird thematisiert, dass die momentane Situation eine Spätfolge der Psychiatriereform sei. Rudolf Forster schreibt, dass es die Reform im Sinne einer gesellschaftspolitischen Reform gar nicht gegeben hat, sondern Veränderungen sukzessive auf mikropolitischer Ebene zustande gekommen sind; Wiewohl er und andere vermuten, dass Obdachlose als Randgruppe zum Opfer einer Modernisierung geworden sind. Allerdings wird eher von „Transinstitutionalisierung“ als von „Deinstitutionalisierung“ gesprochen. Das bedeutet, dass vor allem chronisch kranke Menschen an den Rand des Versorgungssystems gedrängt werden, in schlecht ausgestatteten Pflegeheimen oder kaum betreuten Unterkünften unterkommen oder sich im Obdachlosenbereich wiederfinden (Forster 1997:32). Viel mehr als die gesundheitspolitische Dimension hätte sich die rechtliche Lage geändert, und Forster verweist hierbei auf das Unterbringungsgesetz von 1991. Dies führt zum eigentlich interessierenden Kern.

Ende 2008 wurde ein Forderungskatalog oder „Positionspapier“ an die Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin geschickt. Die Autoren dieses Policy Papiers kommen aus der Wohnungslosenhilfe und bezeichnen es als den problematischen letzten Ausweg, (mit)entscheiden zu müssen, ob eine psychisch auffällige Person entweder unter Zwang behandelt werden soll oder ansonsten die Wohnmöglichkeit verliert. So verstanden, fungiert die Wohnungslosenhilfe als eine Verwalterin im Sinne von Inklusion und Exklusion.

Allerdings bleibt zu klären, was genau darunter zu verstehen ist und wie man sich das konkret in der Praxis vorzustellen hat. Wenn von psychiatrischer Behandlung die Rede ist, bleibt oft unklar, in welchem Rahmen diese stattfinden soll. Die stationäre Behandlung wird problematisiert. Menschen würden nicht aufgenommen werden, selbst wenn sie das wünschten. Das psychiatrische System sieht sich nicht als Unterbringungseinrichtung für Obdachlose. Werden Obdachlose aufgenommen, besteht die Schwierigkeit in der Frage, wohin man sie, eventuell unter einem Medikamentenregime, entlassen soll. Menschen gegen ihren Willen psychiatrisch zu behandeln, setzt einerseits die Erfüllung der gesetzlich eng definierten Rahmenbedingungen voraus. Andererseits ist eine Unterbringung auf der Psychiatrie mit einem aufwändigen administrativen Prozedere verbunden. Von diesen Hürden berichten die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe, weswegen es als schwierig bis kaum möglich erachtet wird, dahingehend initiativ zu werden. Neben der stationären Psychiatrie gibt es die ambulante psychiatrische Versorgung, die durch den Psychosozialen Dienst (PSD) erfolgt. Die Zuteilung in eines der insgesamt acht Ambulatorien ist von der jeweiligen Wohnadresse abhängig. Bei Obdachlosen gilt eine Buchstabenregelung. Die Frage, inwieweit die Wohnungslosenhilfe mit dem PSD kooperiert, ist Gegenstand einer lange Jahre dauernden Debatte (BAWO 1998:248f). In Einzelfällen wird kooperiert. Insgesamt aber kaum (Gölles Interview). Der PSD ist eine Krankenanstalt und somit beispielsweise an den Datenschutz der Krankengeschichte gebunden, was für PsychosozialarbeiterInnen nicht immer verständlich ist (Wetschka Interview). Der PSD lehnt aber unter anderem forensische oder drogenabhängige Personen ab, beziehungsweise verweist diese an andere Einrichtungen. Die Wohnungslosenhilfe ist daher in den letzten Jahren einen anderen Weg gegangen. Es wurden Liaisondienste stundenweise in die Obdachlosenherbergen geholt, was im Sinne eines Angebots sicherlich sinnvoll ist. Allerdings wird unterstellt, dass es sich nach Rose auch um einen „switch of control“ (Rose 1985:202) handeln kann und der „freie Wille“, sich medikamentös behandeln zu lassen darüber entscheidet, ob man den Wohnplatz verliert oder nicht. Um den Blick wieder auf die eigentlich interessierende Zielgruppe zu lenken: Es geht um Obdachlose, die (noch) nicht Eingang in die Wohnungslosenhilfe gefunden haben, und die verstärkt wahrgenommen

werden, ganz einfach weil sie öffentlich sichtbar sind. Sie sind nicht nur die vollkommen Ausgeschlossenen (Kronauer 2002), für die sich keiner mehr interessiert, sondern ganz im Gegenteil: als Randgruppe kommt ihnen besondere Aufmerksamkeit im Sinne von Gouvernamentalität zu.

Öffentlich wahrgenommen werden die Armen, die Irren, die Verwahrlosten in den Städten, auf die die Angst projiziert wird (Wehrheim 2006) und die somit Ziel von Biomacht werden. Eine Möglichkeit ist, sie durch Psychosozialarbeiter (Lovell 1997) zu erreichen versuchen. Macht wirkt auch durch private Wachdienste, Sicherheitsfirmen und Polizei. Wenn herkömmliche Hilfsmaßnahmen nicht möglich zu sein scheinen, werden die Formen von Disziplinierung härter (Geiger 2008). Im Rückzug aus den öffentlichen Räumen und mit Schwierigkeiten ins Hilfesystem (etwa aufgrund diverser bürokratischer Hürden) zu gelangen nutzen diese Menschen so genannte niedrigschwellige Angebote, in denen sie beispielsweise ihre Identität nicht preisgeben müssen.

Das führt zu der Frage, wie jemand zu einem Klienten gemacht wird (Lipsky 1980). Dieser Vorgang wird als soziale Konstruktion verstanden. Durch einen bestimmten Blick auf einen Menschen (mit Foucault: gaze) wird der Mensch Kategorien zugeordnet. Erst diese Einordnung macht in zu einem Fall, der bearbeitbar ist.

Das passiert allerdings in einem Umfeld, das sich gegenwärtig ändert. In Wien wurde 2007 eine zentrale Begutachtungsstelle eingeführt, was bedeutet, dass für jeden einzelnen Klienten ein Hilfsplan erstellt wird (Graber/Haller/Penz 2008: 25). Dem zugrunde liegt eine Einschätzung der jeweiligen Situation, in der sich der Obdachlose befindet; und auf Basis dieser Einschätzung erfolgt die Planung der Hilfsmaßnahmen. „Case management“ ist das Schlagwort, das sich hierfür durchgesetzt hat; und man geht davon aus, dass Qualität der Hilfe erst durch standardisierte Verfahren und Evaluation gewährleistet werden kann.

Im Einklang damit, spricht man von einer Ökonomisierung des Sozialen. Die Vorstellung, dass Probleme managebar sind, der persönliche Kontakt zugunsten der Expertise an Falldokumentationen und Krankengeschichten (Castel 1991) in

den Hintergrund rücken soll, legt den Schluss nahe, dass zunehmend mehr Menschen, die nicht förderungswürdig oder förderungsfähig sind, vollständig an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. (Und dort noch von caritativen Einrichtungen versorgt werden, wenn sie aus dem wohlfahrtsstaatlichen System gefallen sind). In der Öffentlichkeit wird die Problematik psychischer Krankheit zunehmend auf die Aspekte der Gewalttätigkeit, Unberechenbarkeit und Obdachlosigkeit reduziert. In diesem Kontext sind Stimmen, die für eine Reinstitutionalisierung eintreten, vermehrt zu hören (Forster 1997:41). Armut, die man nicht sieht, muss man auch nicht bekämpfen (Wehrheim 2006:212). Die Anzahl der, in der Psychiatrie untergebrachten Menschen steigt (Stadt Wien: Psychiatriebericht 2004:27).

Psychisch kranke Obdachlose befinden sich in einem Spannungsfeld der Diskurse der Wohnungslosenhilfe, einem rechtlichen (Recht auf Freiheit vor Recht auf Gesundheit; Unterbringungsgesetz etc.) und einem ordnungspolitischen Diskurs; Und dazwischen werden sie als Marginalität, durch einen, wie Nikolas Rose schreibt, wachsenden Markt an Experten regiert (Rose 1999).

Der vordringlich interessierende Punkt ist der, wo jene Haltung zu Tage tritt, dass ihnen scheinbar „nicht zu helfen ist“. Dieser Punkt markiert nämlich die Grenze, die es auszuloten gilt. Was tut man dann? Was bedeutet das für die Betroffenen?

4. Wohnen und Biomacht

Bis in die 1970er Jahre galt Obdachlosigkeit unter dem Etikett „Nichtsesshaftigkeit“ beziehungsweise „Vagabundage“ als Straftatbestand (Scharinger 1993:57).

Das Wohnen hat eine strategische Schlüsselposition im Feld der Biomacht inne. Die Wohnung ist nicht bloß jener Raum, in dem die Praxis des Wohnens stattfindet, sondern sie definiert zudem eine Untereinheit des bio-politischen Rasters. Individuen werden nach Wohnsitzen gruppiert. Der Meldezettel

bestätigt den wahren Ort des Aufenthalts. Stimmen Aufenthalt und der Ort, an dem der Körper anzutreffen ist nicht überein, besteht ein Vergehen, das die Macht auf den Plan rufen kann. Der Obdachlose kann als ein Substrat der Fokussierung von Biomacht und Gesetzesmacht gesehen werden. Einerseits wird er durch ein repressives „Nein“ der Gesetzesmacht in einen Raum der faktischen Exklusion gestoßen. Andererseits bleibt er als Staatsbürger oder Mensch im allgemeinen inkludiert (Oberhuber 1998:25f).

Als Obdach-Loser, im Französischen als *sans domicile fixe*, oder einfach *sans* bezeichnet, ist er ein Restproblem und damit eigentlich nicht vorhanden. Kardoff bezeichnet Obdachlose als „Schwundpopulation“ (Kardoff 2008: 305).

Die „sozial Ausgegrenzten“ sind demnach eine Ansammlung, aber keine Gemeinschaft von Individuen, die nichts anderes gemeinsam haben als denselben Mangel. Sie werden ausschließlich negativ definiert (Castel 2005: 66).

Gleichzeitig bleiben sie aber als Menschen im Allgemeinen inkludiert. In dieser Diskrepanz erscheinen sie nicht mehr als Unperson, sondern als „objektiviertes Subjekt, dadurch bestimmt, daß es von der Norm abweicht. Benennung und damit die Geburt als Realität erfolgt eben nur im Code der Inklusion, welcher die Norm ist“. Unter dem Gesichtspunkt der Normabweichung wirkt Biomacht. Diese Macht ist produktiv, sie stärkt und fördert. Sie tritt als „Hilfe zur Normalisierung“ dieses, zuvor von der Norm her individualisierten, Falles auf. Ihre Mittel sind Wissenschaft und Bürokratie (Oberhuber 1998:25f).

Das Hilfesystem für Wohnungslose ist in Wien noch relativ jung. Man kann es als eine Reaktion auf skandalisierte Zustände betrachten, die in den 1970ern immer deutlicher zutage getreten sind. Caritative Maßnahmen beschränkten sich auf Almosenvergaben. Anfang der 1980er Jahre begann eine neue Phase des sozialpolitischen Umgangs mit Obdachlosigkeit. Es begann eine Ausdifferenzierung von Angeboten und ein verstärktes Engagement von (kirchlichen) Vereinen und von Sozialarbeitern (Scharinger 1993:57).

In den Anfängen des Hilfesystem finden sich zunächst zwei Diskursstränge: ein

sozialarbeiterischer und ein gesellschaftstheoretischer. Der sozialarbeiterische Strang orientierte sich am Ziel der Re-Inklusion durch Resozialisierung mittels eines professionellen therapeutischen und pädagogischen Methodeninstrumentariums. Um die Lage an den sozialen Brennpunkten zu entschärfen, sollte ein Stab von ExpertInnen aus dem sozialen Dienstleistungsbereich zum Einsatz kommen. Mitte der 70er Jahre erhielt dieser Diskurs noch Schützenhilfe durch die psychologische Therapiebewegung, die Anfang der 80er ihren Höhepunkt erreichte. Auf der anderen Seite formierte sich im Kontext der Studentenbewegung und radikalen gesellschaftstheoretischen Ansätzen ein zweiter Diskursstrang. Jede professionelle Bearbeitung des Einzelfalls wird hier als Therapierung der Opfer der Gesellschaft abgelehnt. Sozialarbeit und Pädagogik werden aus dieser Perspektive natürlich als systemerhaltend kritisiert, weil sie die Widersprüche der Gesellschaft aufrecht erhalten. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre befand sich das Hilfesystem in einem Dilemma. Auf der einen Seite stand der Skandal Obdachlosigkeit, der als solcher die Rationalität des gesamten polit-ökonomischen Systems in Frage stellen konnte. Auf der anderen Seite bestand die bereits etablierte Strategie, diesen Skandal zu einem Problem von Experten zu depolitisieren (Oberhuber 1998:68f).

Heute ist Wohnungslosigkeit ein Skandal, der hauptsächlich vom Hilfesystem selbst thematisiert und in Szene gesetzt wird. Die Finanzierung und der Ausbau eben dieses Systems wird weiter verfolgt. Die politische Brisanz der Wohnungslosigkeit wurde in strategische Forderungen eines professionellen Hilfesystems umgearbeitet, das die Kompetenz für rationale Problembearbeitungen beanspruchen kann, ohne ernsthaft herausgefordert zu werden (Oberhuber 1998: 71).

Oder, wie es Nikolaus Dimmel formuliert: "Die Sozialarbeit lebt von ihrer mehrheitlich noch akzeptierten Definitionsmacht über soziale Probleme. Und sie lebt insbesondere davon, dass ihr strukturell autoritärer Zugriff auf die Lebensführung der Klientel als Hilfestellung verbrämt ist" (Dimmel 2006:7).

Im folgenden Kapitel soll darauf eingegangen werden, wie und ab wann ein

soziales Phänomen zu einem politischen Problem wird.

5. Problemdefinition und Problemdarstellung

Am Anfang eines Problems steht meist eine Gruppe von Menschen, die auf ein Phänomen hinweist und ein Problem reklamiert. Dieses Darauf-hinweisen macht ein Problem erst real.

„Claims-making activities constitute social problems“ (Bacchi 1999:56). Die Repräsentation des Problems imitiert die Realität nicht, sondern ist eine Praxis, durch die Dinge eine Bedeutung und einen Wert erlangen. Repräsentation erscheint dann realistisch, wenn sie transparent wirkt. Das bedeutet, dass man sich den Werdegang vergegenwärtigen muss, wie öffentliche Probleme ihre Realität in Sprache finden. Das erfordert eine Theorie der Macht, die es erlaubt zu sehen, wer das Problem repräsentieren kann, wessen Repräsentation sich durchsetzt und welche überhört wird (Bacchi 1999: 39). Michel Foucaults Analytik von Macht bietet eine solche Perspektive. Darauf soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

Zur Problemdarstellung schreibt Deborah Stone, dass schwierige Bedingungen erst dann zu einem Problem gemacht werden, wenn sich Menschen in der Lage sehen, diese Bedingungen aktiv zu beeinflussen. Vor diesem Punkt bleiben Schwierigkeiten eingebettet in Erklärungen durch die Natur oder das Schicksal; und es scheint weder eine Wahl zu geben, was man tun kann noch Möglichkeiten überhaupt etwas zu tun. Die Verwandlung von Schwierigkeiten in Probleme ist das Um und Auf, wenn es darum geht, ein Thema auf die öffentliche Agenda zu bringen (Stone 1989).

Es erfordert ein „noch Mehr“ an Überzeugungskraft um zu dem Punkt zu gelangen, wo der politisch administrative Apparat problemverändernd eingreifen kann. Symbole sind ein wichtiger Bestandteil davon. Ein Symbol ist „anything that stands for something else. Its meaning depends on how people interpret it, use it or respond to it“ (Stone 2002: 137 in: Birkland 2007:72). Narrative Stories, die erzählen, wie es zu Dingen oder Situationen, die gut oder schlecht sind,

gekommen ist, werden meist sehr vereinfacht dargestellt. Oft geht es inhaltlich darum, wie sich eine Situation verschlechtert hat. Erklärungen erstrecken sich entweder auf Hilflosigkeit oder Kontrolle. Zum Beispiel kann das Bild herangezogen werden, dass armen Menschen durch das Gemeinwesen geholfen werden soll, oder dass steuernde Eingriffe vermuteten Missbrauch von Hilfeleistungen unterbinden sollen. Kausale Geschichten (causal stories) sind ein wichtiger Aspekt öffentlicher Politik. Der Grund, WARUM ein Problem besteht, impliziert nämlich stark die Richtung einer Lösung.

Dabei geht es um die fundamentale Unterscheidung, ob die Natur des Problems natürlich oder sozial hergestellt ist. Zu erwähnen sind dabei vor allem Zahlen und statistisches Material. Während Zahlen neutral scheinen, ist es die Bedeutung der Zahlen keineswegs (Birkland 2007:74).

Ein soziales Problem muss als solches definiert werden, und dabei muss die Notwendigkeit eines steuernden Eingriffs öffentlicher Politik artikuliert werden. Problemwahrnehmung und Agenda Setting sind Prozesse, in denen Vorentscheidungen in Hinblick auf Selektion, Prioritätensetzung und Strukturierung hinsichtlich möglicher Handlungsstrategien getroffen werden. Was ist ein Problem öffentlichen Handelns und, wie kommt was wann auf die Agenda? Warum werden andere Probleme ignoriert? Ebenfalls interessant in diesem Zusammenhang sind unterschiedliche Themenkonjunkturen und Schwankungen in den thematisierten Problemlösungsansätzen (Jann/Wegrich in: Schubert/Bandelow 2003: 83). Die „Konjunktur“ des Themas psychisch krank und obdachlos wird in einem der folgenden Kapitel detailliert dargestellt.

Ein soziales Phänomen gilt häufig erst dann als ein politisches Problem, wenn verschiedene Problemlösungsansätze zur Verfügung stehen und es Vorstellungen zur Ursache des Problems gibt. Kausale Geschichten, also Begründungen, wie ein Problem zustande gekommen ist, prägen den Prozess der Problemdefinition und das Agenda Setting.

Alles, was zur Verfügung steht, sind konkurrierende Ansichten davon, was als soziales Problem gesehen wird. Das heißt, es gilt erstens, die Form der Forderung hinsichtlich eines sozialen Problems zu reflektieren; zweitens, die daraus folgenden Begleiterscheinungen zu sehen, und drittens nach

demjenigen zu suchen, was fehlt (Bacchi 1999:59). Abgesehen davon, dass viele problematische Situationen gar nicht erst auf die politische Agenda kommen, soll es hier darum gehen, der Frage Raum zu geben, wie man über das Phänomen psychisch krank und obdachlos denken und sprechen könnte. Es ist deshalb wichtig einen Blick darauf zu werfen, wie das Hilfesystem, verstanden als Biomacht, das Problem definiert, da es offenbar eine Monopolstellung bei der Definition des Problems einnimmt.

5.1. Welche Macht?

Wie weiter oben erwähnt, scheint es hier sinnvoll zu fragen, welche Macht wie operiert. Peter Digeser stellt im Anschluss an Michel Foucaults Hilfestellungen zu einer Analytik von Macht zur Verfügung. Die folgenden Ausführungen stammen aus seinem Aufsatz "The Fourth Face of Power", der 1992 im Journal of Politics erschienen ist. Peter Digeser bezeichnet Michel Foucaults Konzeption von Macht als das vierte Gesicht der Macht.

Macht operiert in Strukturen von Denken und Verhalten, von denen man angenommen hat, dass sie ohne Macht sind. Foucaults Vokabular unterscheidet sich radikal von anderen Autoren. Die zwei Gesichter der Macht werden von Bachrach und Baratz 1962 identifiziert. Die beiden Autoren bauen auf Robert Dahls Verständnis von Macht auf. Dahl sagt, A hat Macht über B, indem A B dazu bringt, etwas zu tun, das B sonst nicht getan hätte (Dahl 1957). Bachrach und Baratz meinen weiter, dass Macht ausgeübt wird, wenn B von A davon abgehalten wird etwas zu tun, was B sonst getan hätte. Das bedeutet, man muss den Blick darauf lenken, welche Entscheidungen NICHT getroffen wurden, oder auch, welche Phänomene nicht auf die Agenda kommen und welche Probleme ignoriert werden. Dieses Konzept ist sinnvoll, will man non-issues identifizieren. Am Beispiel psychisch kranker Obdachloser wird später die Frage gestellt, ob es denn überhaupt eine Debatte, ob es überhaupt einen Diskurs gibt.

Steven Lukes (1974) vertritt eine radikale Sicht und sagt, dass die beiden Gesichter der Macht blind dafür sind, in welcher Weise die Wünsche und Begierden von B durch A manipuliert werden.

Foucaults Konzeption von Macht ist anders. Subjektivität und Identität sind nicht biologisch gegeben. Subjekte sind soziale Konstruktionen und können geschichtlich beschrieben werden. Macht ist verbunden mit der Formation von Agency. Macht produziert nicht nur Subjekte, sondern liegt allen sozialen Praktiken zugrunde. Diese Praktiken finden in einem Kontext statt, wo Macht überall ist, und der von verschiedenen Regeln und Diskursen durchdrungen ist. Macht wird nicht besessen, sondern ausgeübt (Digeser 1992).

Eine Machtanalyse von der Biomacht „Hilfe“ könnte fragen: Wer redet mit? Was ist das Thema? Im Forderungspapier der Wohnungslosenhilfe wird zwar bemängelt, dass Betroffene am Diskurs nicht teilhaben (Policy Papier 2008:2), gleichzeitig unterstellt man aber implizit, dass sie es ja auch nicht können. Hier wird Macht deutlich, indem dem produzierten Subjekt Agency abgesprochen wird. Die Debatte lässt vollkommen außer Acht, ob und wie es möglich wäre, dass Betroffene mitreden können. Das Hilfesystem übt Definitionsmacht aus.

Foucaults Konzeption von Macht lenkt den Blick der Analyse auf die Normen, Praktiken und das Selbstverständnis sowie darauf, wie Regierung als Gouvernementalität lernt, Individuen zu formen. Dabei geht es nicht nur um das „Machen“ von Bürgern, sondern darum, das Individuum zu befähigen, zu einem verantwortungsbewussten Bürger zu werden.

Manfred Geiger spricht in diesem Zusammenhang von Sozialdisziplinierung, weil die Gesellschaft als Ganzes erfasst wird. „Der Prozess der Sozialdisziplinierung ist Ausdruck und Medium einer zunehmenden Verflechtung, die herrschaftlich durchdrungen, normiert und kontrolliert wird. Strategien und Formen wandeln sich: Von der Fremdkontrolle hin zu mehr Selbstkontrolle und perspektivisch kalkulierter Lebensführung; vom strafenden Zugriff auf den Körper hin zur Moralisierung und Therapie, zum Zugriff auf die Seele und die Psyche der Menschen. Die Disziplin verliert in weiten Bereichen ihren Charakter als demonstrative Pönalisierung. Sie wird zu einem sanften, aber kontinuierlich wirksamen Druck, der sich mehr und mehr in weitgehend autonom scheinenden Formen der Selbststeuerung und entsprechend zu kommunizierenden Diskursen entfaltet“ (Geiger 2008: 392).

Michel Foucault schreibt, dass eine neue Art von Macht entstanden ist. Er charakterisiert sie als totalisierend und individualisierend. Totalisierend ist Disziplinarmacht indem sie alle Aspekte des Lebens unter ihren „Blick“ nimmt und die Gedanken, das Handeln, die Wünsche etc. von Individuen in Richtung einer Norm lenkt, die bestimmt, was akzeptiert wird. Auf diejenigen, die aus dieser Norm der Akzeptanz fallen „there is immense social pressure to conform, standardize, and normalize“ (Digeser 1992 :993). Die Norm schreibt vor, was akzeptiert ist – was normal ist.

Foucault unterscheidet zwei Arten von Individualisierung: Die eine kann sich auf die Diskurse, die andere auf die Disziplinen beziehen. Zwischen den beiden Individualisierungslinien gibt es Zusammenhänge. Diskursive Begründungen gehen in der humanwissenschaftlich gestützten Subjektkonstitution auf, die auf der sozialen Seite die Disziplinen fördert. Umgekehrt können die Disziplinen in Institutionen auch auf die Diskurse Einfluss nehmen (Rouff 2007: 138f).

Individualisierung ist eine Facette von Disziplinarmacht und wirkt so, dass die Idee davon, was als normal gilt, immer klarer und genauer definiert wird. Das funktioniert über konstante Beobachtung, Vermessung, die Drohung von Ausschluss und mit Selbstdisziplin. Wenn genauer definiert wird, was normal ist, dann fällt es leichter diejenigen zu identifizieren, die nicht normal sind. Man wird individualisiert, indem man aus der Norm fällt, außerhalb des Standards, der Norm lebt. Das Zeichen einer normalisierenden Gesellschaft ist nicht, dass alle gleich werden! Aber, dass mehr und mehr Menschen in irgendeiner Art und Weise abweichen. „Opening themselves through these multiple deviations to disciplinary strategies of neutralization“ (Connolly 1991: 150 in: Digeser 1992: 993).

Das moderne Subjekt ist individualisiert in dem Sinn, dass es ein Fall wird, der behandelt werden soll oder ein Problem das gelöst (später: gemanagt) werden kann. Ulrich Bröckling spricht bereits von einem „Regime des Managements“ (Bröckling 2000:131).

Widerstand zeigt sich in der Marginalisierung von Individuen, die nicht der Norm eines rationalen, verantwortlichen, gut geordneten Subjekts entsprechen. Diese Menschen werden an den Rand gedrängt und werden als etwas gesehen, das

„anders“ ist. Einerseits werden ihr Leben und ihre Erfahrungen nicht ernst genommen. Andererseits werden sie allzu ernst genommen und zwar als Ziel von Disziplinarmacht - im Falle der Obdachlosigkeit auch als Ziel von Gesetzesmacht und Biomacht. Die Marginalisierung schmiedet eine Identität, die sowohl Ziel von Kontrolle, als auch von Widerstand ist. Die Transformierung eines Wahnsinnigen von einem Propheten über einen Sünder zu einem Kranken zeigt, wie die Subjekte entlang von Linien der Macht geordnet werden. (Porter 2005)

Das direkte Ziel ist der Obdachlose, der Wahnsinnige, aber der Rest von uns wird ein indirektes Ziel. Zu sehen, was mit Abweichenden passiert, führt uns dazu, uns selbst zu disziplinieren. Mit der Sanktion eines Gesetzes ist es möglich, normalisierende Praktiken als normal und vernünftig zu empfinden. In der Gouvernamentalität verschränken sich Gesetz und politics und bekräftigen sich verschiedene Techniken disziplinierender Macht. Die Verbindung von politics und Disziplinarmacht zeigt sich vor allem auch darin, dass es umso mehr Officers gibt, deren Job es ist zu kontrollieren, zu beobachten und zu helfen. (Digeser 1992).

Wo ist Widerstand? Macht kommt von unten und zeigt sich in der Fabrik, in der Kirche, in der Familie, in der Schule. Wo Widerstand am größten ist, wird die Ausübung von Macht am klarsten. „Resistance implies that we are not predesigned to be rational, responsible, self-disciplined individuals“ (Connolly in: Digeser 1992: 985).

6. Die soziale Konstruktion öffentlicher Politik

Probleme können auf sehr unterschiedliche Art und Weise, abhängig von Zielen und Natur aufgegriffen und definiert werden. „The process of defining problems and of selling a broad population on this definition, is called social construction.“ (Birkland 2007:71). Interessensgruppen innerhalb der Gesellschaft erzählen und strukturieren „stories“ oder Erzählungen darüber, warum und wie Probleme zu dem wurden, was sie sind. Die Gruppe mit der stärksten oder überzeugendsten

Geschichte ist dahingehend im Vorteil, die Richtung einer möglichen Lösung beeinflussen zu können. Darüber hinaus gibt es allerdings soziale Probleme wie Armut, Kriminalität, Obdachlosigkeit, von denen wünschenswert ist, dass sie gelöst oder zumindest bearbeitet werden. Birkland unterstreicht hier, dass es zunächst notwendig ist, eine klare Abgrenzung und Benennung des Problems zu finden, ehe man darüber nachdenkt, ob private oder öffentliche Akteure eher zur Lösung beitragen können. Ob ein Problem überhaupt ein Problem ist, ist ein wichtiger Gegenstand von Debatten. Im Zusammenhang psychisch krank und obdachlos und den Schwierigkeiten der Definition dieses Phänomens wird das besonders deutlich. Ein Problem zu konstatieren ist nicht genug. Man muss andere überzeugen, dass ein Problem existiert, und dass die verwendete Definition tatsächlich DAS Problem bezeichnet. Die soziale Konstruktion eines Problems ist somit stark abhängig von sozialen, politischen und ideologischen Strukturen zu einem jeweiligen Zeitpunkt (Birkland 2007:71ff).

6.1. Getrennte Systeme statt vernetzter Hilfe

Die Entstehung des Policy Papiers

Im Dezember 2008 richtete eine Arbeitsgruppe aus dem Verband Wiener Wohnungslosenhilfe ein Policy Papier an die Sozialstadträtin Wehsely. Dieser Verband ist ein Zusammenschluss von NGOs und versteht sich als Interessensvertretung der Anbieter sozialer Dienstleistungen gegenüber dem Finanzgeber, der Stadt Wien durch den Fonds Soziales Wien. Das Papier trug den Titel: "Wohnungslosenhilfe und psychiatrische Angebote. Getrennte Systeme statt vernetzte Hilfe" und wird im folgenden mit Policy Papier zitiert.

Der Forschungsprozess bestand darin, mit den beteiligten Akteuren (den Autoren, anderen Beteiligten und, soweit möglich, den Empfängern) zu sprechen um herauszufinden, wie das Problem konstruiert wird und welche Lösungen vorgeschlagen werden. Der Fokus lag dabei vor allem bei den claim-makern.

Zunächst soll es darum gehen, wer an diesem Prozess beteiligt war und wie es zu diesem Papier gekommen ist.

6.2. Die AutorInnen und die InterviewpartnerInnen

Die Autoren des Policy Papier waren Manuela Oberegger, Peter Gusenleitner, Bernhard Litschauer und Norbert Partl. Mit Herrn Gusenleitner wurde kein Interview geführt.

Manuela Oberegger ist Sozialarbeiterin und die Hausleiterin in der Gänsbachergasse, einer Herberge (jetzt Übergangswohnheim) der Stadt Wien. Dieses Haus wurde 1989 als sozialtherapeutisches Wohnheim konzipiert, mit dem Ziel, die BewohnerInnen, Frauen, Männer und erstmals Paare professionell sozialarbeiterisch zu betreuen und sie vor allem in Gemeindewohnungen zu reintegrieren.

Peter Gusenleitner ist Leiter eines Seniorenwohnheims (jetzt sozialbetreutes Wohnheim) der ARGE Nichtsesshaftenhilfe. Die ARGE NSH ist ein Verein, der seit Mitte der 1980er betreutes Wohnen anbietet.

Bernhard Litschauer ist beim Arbeiter Samariterbund für den Bereich Wohnungslosenhilfe zuständig. 2000 war er einer der ersten Sozialarbeiter, die im Haus Meldemannstraße beschäftigt waren. Die Meldemannstraße entsprach dem Bild einer großen Herberge. Kleine Zimmer (6 Quadratmeter groß, die als Kabinen bezeichnet wurden), enge Gänge und Mitarbeiter, die als Aufseher bezeichnet wurden. Die Herberge wurde inzwischen geschlossen. Bis 2000 war die Magistratsabteilung 23 für die Verwaltung der Herbergen zuständig. Ab 2000 übernahm die MA 12, das Sozialamt, die Agenden. Der Samariterbund eröffnete 2004 zwei Notschlafstellen und ist ein relativ junger Player in der Wiener Wohnungslosenhilfe.

Norbert Partl ist Teilbereichsleiter für Soziale Arbeit bei der Caritas Wien. Die Caritas hat eine längere Tradition in der Betreuung Obdachloser. Ab Mitte der 1980er Jahre wurden zielgruppenspezifische (für junge Erwachsene, Frauen, abstinente Alkoholiker etc.) kleinere Häuser eröffnet. Neben der Stadt Wien ist die Caritas die zahlenmäßig größte Anbieterin von Wohnplätzen.

Für die folgenden fünf Interviewpartner ist charakteristisch, dass sie in ihrer Funktion direkt mit (psychisch kranken) Obdachlosen und Wohnungslosen arbeiten; dass sie sozusagen die operativen Kräfte sind.

Susanne Peter ist leitende Sozialarbeiterin im Caritas Betreuungszentrum Gruft und seit 1986, also seit Beginn der Gruft ebendort tätig.

Dr. Walter Löffler ist ärztlicher Leiter des Projekts 9er Hausarzt und bietet mit einem ÄrztInnenteam stundenweise allgemeinmedizinische Leistungen in Übergangswohnheimen und Dauerwohnheimen.

Werner Opat ist Sozialarbeiter, Gründer und Geschäftsführer der Firma Auftragssozialarbeit. Er wird von gerichtlich bestellten Sachwaltern beauftragt, unmittelbar mit KlientInnen zu arbeiten. Diese Tätigkeit wird nicht vom Fonds Soziales Wien gefördert und ist somit unabhängig von inhaltlichen Vorgaben.

Daniela Wieshofer ist seit 2001 Sozialarbeiterin im Haus Gänsbachergasse.

Rita Leber leitet das Männerwohnheim der Heilsarmee. Diese Einrichtung war im Jahr 2000 die erste, die psychiatrische Versorgung angeboten hat.

Die folgenden beiden Interviewpartner repräsentieren in ihrer Funktion die „Empfänger“ des Policy Papiers:

Kurt Gutleder ist Sozialarbeiter. Er arbeitet im Fonds Soziales Wien als Qualitätsbeauftragter und als Assistent im Fachbereich betreutes Wohnen.

Bernhard Mager, ebenfalls Sozialarbeiter, ist bei der MA 24 für Sozialplanung der Stadt Wien beschäftigt und dort für die strategische Planung im Sozial- und Gesundheitsbereich zuständig.

Diese beiden Interviewpartner sind schon mehr als zwanzig Jahre, sowohl operativ als auch administrativ, in der Wohnungslosenhilfe tätig:

Mag. Carl Gölls ist ehemaliger Leiter der Gruft und hat zurzeit die Leitungsfunktion in einem Dauerwohnhaus der Caritas inne. Er kennt den Wohnungslosenbereich in Wien seit Mitte der 1980er Jahre.

Dr. Christian Wetschka ist Pädagoge und war als Experte zum Thema psychisch krank und wohnungslos mein erster Ansprechpartner. Er hält immer wieder Vorträge in Fachgremien und leitet eine betreute Wohngemeinschaft.

Zwei Männer und eine Frau, die nicht als „Betroffene“ bezeichnet werden sollen.

Das Policy Papier nennt sie die „Experten ihrer Lebenswelt“. In der Gesprächssituation, die nicht elektronisch aufgezeichnet wurde, befand ich mich in der Rolle der Studentin und bin dankbar für die Selbstverständlichkeit und Offenheit, mit der mir Einblicke in die subjektiven Perspektiven gewährt wurden.

Die verschiedenen Geschichten meiner Interviewpartner sind Ausdruck von „beliefs“, die sich innerhalb eines Rahmens bewegen. Erving Goffman beschreibt den Rahmen, oder „frame“ als ein Prinzip von Organisation, „which governs the subjective meaning we assign to social events“ (Goffman 1974:10-11 in: Fischer 2003:144). Ein Rahmen macht es möglich, Informationen in relevant oder unwichtig zu unterscheiden. Gleichzeitig sind die Rollen der Interviewpartner eingebettet in den Kontext der Wiener Wohnungslosenhilfe, im Prozess der Veränderung befindet. Es sollte nicht außer acht gelassen werden, dass sich Diskurse um Institutionen in eben diesem Kontext bilden.

6.3. Die „Konjunktur“ des Themas psychisch krank und obdachlos

Eine Methode, die Konjunktur des Themas psychisch krank und wohnungslos nach zu verfolgen war, die Wiener Protokolle der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) ein zu sehen. Die BAWO ist die Dachorganisation von Wohnungsloseneinrichtungen in Österreich und ist in Landesgruppen unterteilt. In regelmäßigen Abständen treffen einander VertreterInnen der „Basis“ zum Austausch. Basis meint hier die SozialarbeiterInnen, die direkt mit Obdachlosen arbeiten.

6.4. Der Beginn der „psychisch-krank-und-obdachlos-Debatte“

Gibt es überhaupt einen Diskurs?

Gleich zu Beginn des Forschungsprozesses war von mehreren Seiten zu hören, dass es zu diesem Thema in Wien „nichts gibt“, wie mir Frau Oberegger mitteilte, als ich telefonisch um einen Termin bei ihr gebeten hatte. Auch im Gespräch mit Herrn Litschauer war die Rede davon, dass es in Wien „keinen

Diskurs gibt“. Dieser Eindruck wiederholte sich häufig und gleichzeitig machte sich das Gefühl breit, dass mir das Thema durch die Finger gleiten und nichts übrig bleiben würde außer der Frage: Ist das Thema überhaupt ein Thema?

- Am 9. Dezember 2002, im Rahmen einer BAWO Sitzung, war psychisch krank und obdachlos Thema. Schon zu diesem Zeitpunkt war geplant, eine Fachenquete mit Pressekonferenz zu veranstalten, um mit dem Thema an die Öffentlichkeit zu gehen. Dazu aus dem Protokoll: „Wichtig wäre es, Zahlen vorlegen zu können, die das Gefühl, dass es immer mehr psychisch kranke wohnungslose Menschen gibt, unterstützen. Es werden geschätzte Prozentsätze der psychisch kranken Personen in den einzelnen Einrichtungen dargestellt. Es wird vermerkt, dass es „relativ ist“, wer als psychisch krank bezeichnet wird. Es hängt von der jeweiligen Einrichtung ab“ (BAWO Protokoll: 9.12.2002).

- Am 14. Februar 2003 fand die Fachenquete „psychisch krank und wohnungslos“ im Depot im 7. Bezirk statt. Diese Veranstaltung wurde von der Straßenzeitung Augustin und der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) gemeinsam organisiert.

„Engagierte Sozialarbeiter zeigen auf: Anteil psychisch Kranker in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe steigt!“

Als Zahlenmaterial wurde auf die BAWO Statistik verwiesen. Das ist eben jene Statistik, die am häufigsten herangezogen wird, um einen quantitativen Anstieg zu belegen. 1998 seien zwischen 5% und 20% der betreuten Klienten psychisch krank gewesen. 2001 bereits zwischen 20% und 40%. (Stadt Wien: Psychiatriebericht 2004:31, Litschauer 2006:91).

Das Statement vom Augustin ist hier bemerkenswert: „Der Augustin versteht sich – eine seiner Selbstdefinitionen – auch als niedrigschwelligstes Beschäftigungsprojekt. Das bedeutet, dass er auch für Menschen offen ist, die für viele andere, selbst soziale Einrichtungen zu schwierig, zu unangepasst, zu unzurechnungsfähig gilt. Es handelt sich um Menschen in psychischen Krisen, um Psychiatrieerfahrene, um so genannte psychisch Kranke. Ausgehend von den spezifischen Erfahrungen ist aus Augustin-Sicht das Konzept der „Betreuung“ neu zu hinterfragen. Dass im Raum der Integration nicht die

schwierigen Fälle, sondern die einfühlungsunfähigen und angsterfüllten „Normalbürger“, das allgemeine Ressentiment gegen das Anders-sein das Hauptproblem darstellen, sollte bei jeder Diskussion bedacht werden“ (Presseaussendung von Augustin und BAWO 7. Februar 2003).

- Vom 10.-12. April 2002 fand eine österreichweite Fachtagung der BAWO in Windischgarsten statt. Die Veranstaltung stand unter dem Motto: „Sozialarbeit mit Wohnungslosen grenzt viele aus, um wenige zu integrieren – Tatsache, Widerspruch oder Realitätsverlust an den Grenzen der eigenen Wahrnehmung.“ Ein Arbeitskreis setzte sich mit der steigenden Anzahl psychisch Kranker in der Wohnungslosenhilfe auseinander. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Problem multiple Ursachen haben. Ein Hauptgrund aber in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu suchen sei.

Grundsätzlich blieben der Wohnungslosenhilfe drei Möglichkeiten:

1. Die Wohnungslosenhilfe verweigert die Aufnahme und Betreuung eindeutig psychisch kranker Menschen und verweist eben diese an die Psychiatrie, um so die eigentlich Zuständigen in die Pflicht zu nehmen.
2. Es bleibt alles beim Alten, sprich, psychisch kranke Menschen werden aufgenommen und erhalten die übliche unzureichende Betreuung aufgrund von schlechter personeller, struktureller und finanzieller Ausstattung.
3. Die bedarfs- und bedürfnisgerechte Ergänzung des Betreuungsangebots in der Wohnungslosenhilfe.

Wie es scheint, streben zunehmend mehr Einrichtungen eine Erweiterung ihres Betreuungsangebots an, um die individuellen und speziellen Bedürfnisse psychisch kranker Bewohner abzudecken. Unter der Prämisse der Niederschwelligkeit soll ein möglichst großer Personenkreis Zugang zur Betreuung erhalten. Generell scheint eine Vernetzung mit der Psychiatrie sinnvoll und unerlässlich für eine effektive Betreuungsarbeit (BAWO Fachtagung – Dokumentation 2002: 30f).

Niederschwelligkeit ist ein Ausdruck der sozialen Arbeit, der mehrerlei bedeutet. Er meint, dass Obdachlose wenig Voraussetzungen erfüllen müssen um „Hilfe“

zu erhalten. Des weiteren steht der Begriff oft für das, was man unter unbürokratisch versteht. Keine Terminvergabe, weitgehende Anonymität, kaum Zugangsbeschränkungen und ähnliches.

Seltener ausgesprochen, aber oft der Realität entsprechend, ist Niederschwelligkeit ein Synonym für qualitativ schlechte Rahmen- und Arbeitsbedingungen.

Was durch die Protokolle gezeigt werden konnte ist, dass das Thema diskutiert wurde, und dass es in unterschiedlicher Intensität zur Debatte gemacht wurde. Ein Höhepunkt war die Veranstaltung der BAWO in Kooperation mit dem Augustin, die einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich war und mediales Echo erfahren hat. Das Thema wurde vor allem, und daran hat sich bislang nicht viel geändert, in Arbeitskreisen und Gruppen an der Basis diskutiert. Man könnte sagen, dass es sich dabei quasi um „Subpolitik“ handelt (Lemke u.a. 2000:26). Ein wesentlicher Punkt ist, dass auch von BasismitarbeiterInnen die Thematik unterschiedlich dargestellt und bewertet wird. Der Versuch, die Komplexität zu fassen und gleichzeitig vereinfachen zu müssen, wirkt sicherlich bis in den administrativen Bereich hinein.

- Im August 2003 berichtete profil, dass sich die Lage im Obdachlosenbereich „zuspitzen“ würde. „Die Menschen haben keine Arbeit, keine Wohnung, viele trinken und nun zucken immer mehr auch noch psychisch aus“ meinte der Sozialpolitik-Experte und inzwischen Geschäftsführer der Caritas Wien, Werner Binnenstein-Bachstein (profil 33.2003). Vielleicht hatte die so genannte saure-Gurken-Zeit im Hochsommer auch damit zu tun, dass dieses Thema medial aufgegriffen wurde.

An diesem Punkt sei noch einmal darauf hingewiesen, dass erstens nicht klar ist, was genau unter einem psychisch Kranken zu verstehen ist und zweitens, dass die strukturellen Rahmenbedingungen entscheidend dafür sind, wer eben aus diesem Rahmen fällt.

- Im Juni 2003 startete der Modellversuch PSD Liaisondienst - Gruft. Ein Psychiater des PSD nahm zweimal monatlich an der Streetwork der Gruft teil. Laut Mag. Gölls wollte man sehen, wie und ob die beiden Institutionen

kooperieren könnten (Gölles Interview). Im November 2005 wurde der Liaisondienst mit der Gruft „bis auf Weiteres einvernehmlich beendet“ (Psychosoziale Dienste Wien 2006:10).

- 2005 machte die Caritas im Rahmen einer Veranstaltung erneut auf das Thema aufmerksam. „Unfrei_willig ausgegrenzt. Zwischen seelisch belastet und psychisch krank“ war der Veranstaltungstitel.

Das Phänomen wurde in einen Zusammenhang mit Armut, Ausgrenzung und generell steigendem Druck gerückt. Es gebe zwar keine empirische Evidenz für eine Zunahme aber eine Diagnose könne auch nur in individuellen Fällen von Fachleuten gestellt werden (Caritas 2005:8f). Interessant am Protokoll zur Auftakt-Veranstaltung war, dass zum ersten Mal die Rede davon war, dass eine „Reform der Psychiatriereform“ angedacht werden sollte (Caritas 2005 Auftakt Protokoll :3).

- Danach scheint eine Zeit lang Ruhe eingekehrt zu sein, bis zum „Kannibalenmord“ und seinen Konsequenzen. Was im August 2007 mit der Schlagzeile „Mord im Obdachlosenmilieu“ begann, wurde zum „Kannibalenmord“ stilisiert. Weniger spektakulär: es ging dabei um die Geschichte eines jungen Mannes, der obdachlos war, an Schizophrenie litt, immer wieder Berührungspunkte mit der stationären Psychiatrie hatte, und dessen tragischer Fall als Beispiel herangezogen wurde um zu verdeutlichen, welche Lücken in der Versorgung psychisch kranker Obdachloser erkannt werden können. Interessanterweise passierte dieser Vorfall nicht innerhalb einer anerkannten Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe, sondern in einer privaten Notschlafstelle der Firma Auftragssozialarbeit.

- Dieser Fall markiert den **Neubeginn der psychisch krank und obdachlos Debatte**, wie meine InterviewpartnerInnen bestätigten. Im folgenden werden ihre Ausführungen im genauen Wortlaut wiedergegeben und mit Namen zitiert. „Das Papier (Policy Papier, Anm. DA) hat zwei Ursachen. Die eine ist die latente Diskussion, dieses Wahrnehmen, wir haben nicht genug Ressourcen wenn es um die Unterbringung von psychisch Kranken geht. Die Menschen werden ganz schnell entlassen aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Und das zweite war

ein ganz konkreter Anlassfall, wo vor einem Jahr ein Wohnungsloser einen anderen Mitbewohner, in einer Wohngemeinschaft, getötet hat und mit einem relativ großen Medienspektakel als so genannter „Kannibalenmord“ durch die Medien gegeistert ist“ (Partl Interview).

„Ja, das war eine Initiative vom Norbert Partl. Der gesagt hat: ok diese grausliche Kannibalengeschichte... schauen wir, was können wir damit machen. Nehmen wir das jetzt zum Anlass auf die psychisch kranken Obdachlosen aufmerksam zu machen. Der Zeitpunkt war sehr günstig, das hat er gut erkannt. Wir weisen auf etliche Mängel hin“ (Oberegger Interview).

„Das Schöne an Norberts Chance war, dass er gesagt hat, wir wollen nicht länger zuschaun. Wir können nicht länger zuschaun. Wenn uns in 10 Jahren wer vorwirft, wir haben eh gewusst, dass die Situation psychisch kranker Menschen so ist, und wir sagen aber nichts dazu, dann kann man uns das vorwerfen“ (Litschauer Interview).

7. „Parallelpsychiatrie“

Wie sich diese Situation darstellt, der man nicht mehr länger zuschauen wollte, wird im „Arbeits- und Umsetzungsprogramm zur Wohnversorgung von psychisch kranken Wohnungslosen“ von Manuela Oberegger deutlich.

„Gleichzeitig (mit dem Policy Papier, Anm. DA) wurde auch mein Konzept für „wieder wohnen“ fertig, zur Wohnversorgung von psychisch Kranken. Das habe ich dort bei der WWH (vierteljährliche Sitzung der Wiener Wohnungslosenhilfe, Anm. DA) vorgestellt. Da war auch jemand von der MA 24 (Magistratsabteilung für Gesundheits- und Sozialplanung, Anm. DA) anwesend, und die Person hat zum Stadtratbüro Kontakt. Da kam dann aus dem Stadtratbüro der Auftrag an den Fachbereich Wohnungslosenhilfe: arbeitet aus, was es braucht“ (Oberegger Interview).

Es dürfte wirklich ein guter Zeitpunkt getroffen worden sein. Zum einen gab es einen spektakulären Anlassfall und zum anderen bereits Vorarbeit durch die Leiterin der Gänsbachergasse.

„Ich hab immer gewartet, dass das andere tun. Dann bin ich draufgekommen, es tut niemand was. Dann hab ich begonnen, mich damit zu beschäftigen. Der Anlass ist ein immenser Leidensdruck im Haus selber“ (Oberegger Interview).

Christian Wetschka dazu: Eine Darstellung, die quasi „aus der Not“ heraus entstanden ist und die Verhältnisse des größten Anbieters der Wiener Wohnungslosenhilfe, der „wieder wohnen“-GmbH, reflektiert und somit eine Ausnahme in diesem Feld darstellt (Wetschka 2007:6). Die Darstellung aus der Not heraus ist das „Arbeits- und Umsetzungsprogramm zur Wohnversorgung von psychisch kranken Wohnungslosen“ und wird mit Oberegger 2007 zitiert.

Das Haus Gänsbachergasse ist ein Übergangswohnheim für Männer, Frauen und Paare und bietet 270 Menschen kleine Zimmer (zu ca. sechs Quadratmeter) an.

„Es ist für das Personal und für MitbewohnerInnen nicht leicht, sich täglich aufs Neue Wahnvorstellungen eines Schizophrenen anzuhören oder das andauernde Gejammer eines Depressiven zu ertragen, das laute Lachen oder Schimpfen oder die laute Auseinandersetzung mit Wahnvorstellungen. Hinzu kommt oft eine Unfähigkeit sich auf das übliche Nähe und Distanz-Gehabe der Gesellschaft einzulassen. Die jahrelangen Aufenthalte erzeugen bei den Personen selbst und bei den anderen die Idee, auf einem fixen Wohnplatz zu sein. Der Übergangscharakter der Einrichtung wird von den BewohnerInnen nicht mehr wahrgenommen. Gelingt es den SozialarbeiterInnen einen geeigneten Fixplatz für psychisch kranke BewohnerInnen anbieten zu können, reagieren Betroffene oft mit Verständnislosigkeit. Sie fühlen sich bestraft und persönlich abgelehnt. Gerade wenn psychisch kranke Wohnungslose beginnen, sich zu integrieren, sich wohl und sicher in der Einrichtung zu fühlen, muss das unausweichliche Thema – Umzug auf einen endgültigen Wohnplatz – angesprochen und initiiert werden. Die bevorstehende Wohnveränderung endet in schweren psychischen Krisen“ (Oberegger 2007:5ff).

Was Frau Oberegger hier anspricht, wird üblicherweise als Hospitalisierung bezeichnet. Hospitalisierung im negativen Sinn kann heißen, dass manche

typische Symptome von chronisch kranken Langzeitpatienten nicht mehr als Ausdruck oder Folge der eigentlichen Krankheit, sondern als Folge der Institutionalisierung – sogar als institutionell erzeugte Krankheit – begriffen werden (Forster 1997:70).

Mit Dörner u.a. meint Hospitalisierung die Neigung eines Menschen, an einem sicheren Ort zu verharren, und die Autoren erwähnen, dass jede „verfügte Verweisung“ an neue Institutionen und Bezugspersonen auch die Zunahme der inneren Zerrissenheit eines Patienten fördern kann (Dörner u.a. 2002:169).

Hochgerechnet 34% der BewohnerInnen der Herberge sind als „schwierig“ zu bezeichnen. „Schwierige BewohnerInnen“ können sich schwer bis gar nicht an die Hausordnung halten. Persönliche Stabilisierung ist langwierig bis gar nicht möglich. Exzessiver Alkohol- und Drogenmissbrauch und/oder psychische Auffälligkeiten sowie keine Einsicht der/des Betroffenen in ihre/seine Lebenslage kennzeichnen diese Personengruppe (Oberegger 2007:5).

Der Begriff Parallelspsychiatrie wurde zum ersten mal im Gespräch mit Frau Oberegger verwendet. Er bedeutet, dass man Psychiater in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe holt, und der Sozialbereich für die Kosten aufkommt. Häufig wurde thematisiert, dass die Wohnungslosenhilfe abdecken soll, was eigentlich in den Zuständigkeitsbereich von stationärer oder ambulanter Psychiatrie fallen müsste.

7.1. Schwierige Bewohner oder psychisch Kranke?

Wer sind die psychisch Kranken?

Die Interviews haben gezeigt, dass es sehr unterschiedliche Vorstellungen davon gibt, was unter einem psychisch Kranken zu verstehen ist.

„Jeder der irgendwie nicht g'scheit reinpasst, kriegt gleich mal ein Diagnoserl umgehängt. Und wenn ein Team schreit: „Wir brauchen Schutz!“, dann stellt sich die Frage, hat jetzt der Klient Vorrecht oder das Team Vorrecht. Ist dann sehr schnell vorbei diese Geschichte. Da wird dann diese, ich sag jetzt Schutzbehauptung, der ist psychisch krank, jemandem umgehängt und man verhängt beispielsweise ein Hausverbot“ (Litschauer Interview).

„Das sind Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind normale Interaktionen zu spielen. Aus den verschiedensten Gründen, aus ihren Krankheitsgründen. Mit normalen Interaktionen meine ich, dass sie Handlungen, die von anderen als völlig normal angesehen werden falsch verstehen, falsch aufnehmen und eine Reaktion zeigen, die für die anderen nicht mehr nachvollziehbar ist“ (Oberegger Interview).

Zum einen hat man es also mit Personen zu tun, die Angst bei anderen auslösen können. Herr Litschauer spricht aus seiner Perspektive von der Situation in den beiden Notquartieren. Frau Oberegger meint, dass die Kommunikation einfach nicht mehr verstehbar ist.

„Klar ist, dass es ein fließender Übergang ist. Von jemandem, der Probleme hat und logischerweise emotionale Reaktionen zeigt zur manifestierten psychischen Krankheit. Ich bin überzeugt davon, dass der Übergang fließend ist, und je nach Blickwinkel wahrscheinlich mehrere Interpretationen möglich sind. In Wahrheit ist da aber eine latente Belastung da, die sehr wohl wieder zu Selbst- oder Fremdgefährdung führen kann, wenn sich nichts an der belastenden Situation ändert. Und nachdem das Leben auf der Straße eine sehr belastende Situation ist, kann dann jederzeit wieder eine Selbst- oder Fremdgefährdung eintreten“ (Partl Interview).

Selbstgefährdung und Fremdgefährdung sind Begriffe, die das Unterbringungsgesetz 1991 nennt. Darauf wird weiter unten noch eingegangen. „Nach und nach sind immer mehr psychisch Kranke und Auffällige dazugekommen. Wo du nicht rangekommen bist an die Leute, oder die dann aggressiv waren. Damals hatten wir keine Ahnung, was ist psychisch krank, wie geht man damit um“ (Peter Interview). Frau Peter berichtet aus ihrer Erfahrung im Zuge von Streetwork. Unter rankommen kann gemeint sein, dass Kontakt nur schwer oder kaum herstellbar ist.

„Auf der Straße ist die Hintergrunderkrankung schwer festzustellen. Meist ist es Komorbidität und die Krankheitsursachen werden vermenschlicht. Alkohol und Angsterkrankung ist klassisch und kommt erst heraus, wenn der Alkohol wegfällt“ (Wetschka Interview). Dr. Wetschka spricht von Komorbidität, also davon, dass Obdachlose Alkohol oder Drogen einsetzen, um einen erträglicheren Zustand zu erreichen, was manchmal als Selbstmedikation

bezeichnet wird.

Herr 1, dem ich, wie jedem meiner Interviewpartner die Frage gestellt habe, wie ich mir einen psychisch Kranken vorstellen soll, antwortete pragmatisch:

„Die, die psychisch krank sind, haben ein Leiden. Jeder Mensch hat ein Leiden. Entweder isst er zu viel, ist es ein Leiden. Entweder trinkt er zu viel, ist schon ein Leiden oder er macht sich auffällig, bemerkbar, das ist auch schon ein Leiden. Und wie viel Leiden kennst du?“ (Herr 1 Interview).

Das sich-auffällig und das sich-bemerkbar-Machen kann im Hinblick bei denen, die stören einen unangenehmen Nachgeschmack hinterlassen. Worin kann das Leiden bestehen? Darin, auf sich aufmerksam machen zu wollen und nicht verstanden werden?

„Ich gehe davon aus, dass diese Menschen ein langes Trauma hinter sich haben bevor sie wohnungslos und obdachlos geworden sind. Das heißt, psychisch belastet sind alle. Das sind 100%. Da gibt es überhaupt keine Ausnahme. Die andere Frage ist natürlich der Unterschied zwischen psychisch und psychiatrisch. Ich glaube, es war immer schon so. Nur, die Leute werden einfach immer mehr sensibilisiert darauf, das zu erkennen“ (Löffler Interview). Der Arzt Dr. Löffler unterscheidet, und das war in den Interviews neu, zwischen psychischen und psychiatrischen Erkrankungen. Eigentlich scheint es selbstverständlich, dass Obdachlose „zumindest“ das Trauma hinter sich haben, ihre Wohnung verloren zu haben. Zusätzlich sind sie dem Stress eines Lebens auf der Straße ohne Rückzugsmöglichkeiten ausgesetzt.

„Jeder von uns kennt eine psychisch kranke Frau die mit 18 Plastiksackerl herumrennt. Die hat es wahrscheinlich auch schon vor 10 Jahren gegeben, aber heute schauen wir hin. Heute haben wir einen Rahmen, wo wir das einpassen können. Ich sehe ja immer nur das, was ich kenne und kenne immer nur das, was ich sehe“ (Litschauer Interview).

Interessant ist hier, dass die letzten beiden Wortmeldungen eher zu der Aussage tendieren, dass das Problem schon länger oder sogar immer schon existiert hat, dass sich jedoch die Wahrnehmung geändert und die Sensibilität, für die Erkennung psychischer Störungen erhöht habe.

Um an dieser Stelle noch einmal zusammen zu fassen: Das Bild von einem psychisch kranken Obdachlosen ist kein einheitliches.

Wer sind die psychisch Kranken?

- diejenigen, die nicht ins System passen?
- die, die nicht mehr nachvollziehbar sind?
- Belastete und Gefährdete?
- die, die man nicht mehr erreichen kann?
- Traumatisierte?
- Produkt einer veränderten Wahrnehmung?

Die unterschiedlichen Sichtweisen sind in jenem Kontext zu sehen, aus dem sie stammen, und der Kontext wiederum ist abhängig von der speziellen Logik des Systems Wiener Wohnungslosenhilfe. Es wird mit dem Modell eines Stufenplans gearbeitet. Mithilfe dieses Modells macht auch der Begriff „Niederschwelligkeit“ Sinn. Auf der „untersten Stufe“ finden sich beispielsweise Tageszentren und Notschlafstellen. Man sieht vor, dass idealtypisch eine obdachlose Person zunächst von der Straße weg, hin in ein Notquartier geht. Der nächste Schritt ist ein Übergangwohnheim. Im Übergangwohnheim soll geklärt werden, ob derjenige wieder in Richtung eigene Wohnung – in den meisten Fällen eine Gemeindewohnung – gehen soll, oder ob das aus diversen Gründen nicht mehr möglich ist. Darauf wird im Kapitel zur Wiener Wohnungslosenhilfe noch näher eingegangen.

7.2. Inhalt des Policy Papiers

Im folgenden Abschnitt soll es um den konkreten Inhalt des Policy-Papiers gehen. Die Vorschläge der Wohnungslosenhilfe sollen dargestellt und diskutiert werden. „Wohnungslosenhilfe und psychiatrische Angebote. Getrennte Systeme statt vernetzte Hilfe“ war der Titel.

„Die Überlegungen, Vorschläge und Forderungen liegen den Erfahrungen der SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen der Wiener Wohnungslosenhilfe zu Grunde, die mit der Situation von täglich etwa 3500 betreuten, zum Teil (schwer)

psychisch kranken und medizinisch weitgehend unversorgten KlientInnen konfrontiert sind. Aus ExpertInnensicht kann festgestellt werden, dass in Folge der Enthospitalisierung (=Psychiatriereform) bzw. des Unterbringungsgesetzes die Schaffung von alternativen Therapie-, Versorgungs- und Wohnstrukturen nicht im entsprechenden Ausmaß erfolgt ist, oder zumindest den derzeitigen Anforderungen nicht standhält.

Nicht wohnversorgt beziehungsweise nicht wohnfähig, landen diese Menschen häufig in den, für die auftretende Symptomatik nicht konzipierten und nicht entsprechend ausgestatteten Wohnungsloseneinrichtungen.

Als letzter Ausweg ist dort bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung nur mehr die Zwangseinweisung oder das Hausverbot nach erfolgter Gewaltandrohung oder -Tätigkeit möglich“ (Policy Papier 2008:1f).

Die Autoren beschreiben einen Zusammenhang zwischen der Öffnung der stationären Psychiatrie im Rahmen der Psychiatriereform und der Einführung des Unterbringungsgesetzes mit der Auswirkung, dass sich die Psychiatrie nicht mehr zuständig fühlt, und die Verantwortung der Versorgung von psychisch kranken Obdachlosen der Wohnungslosenhilfe übertragen wird.

Unter getrennten Systemen hat man einerseits den Sozialbereich und andererseits den stationären und ambulanten Gesundheitsbereich zu verstehen. Diese beiden Systeme dürften nicht optimal kooperieren, weswegen der Ruf nach Vernetzung laut wird. Was wird hier unter Vernetzung verstanden?

Zum einen soll psychiatrisch fachärztliche Kompetenz in die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe geholt werden. Bis zu einem gewissen Grad ist das bereits Realität. Zum anderen soll ein funktionierendes Netzwerk geknüpft werden. In diesem Netzwerk sollen neben den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe auch die stationären psychiatrischen Dienste sowie Polizei, Amtsärzte und Rettungsorganisationen vertreten sein (Policy Papier 2008:3). Man könnte an dieser Stelle schon kritisch anmerken, dass die durch das Unterbringungsgesetz geteilten Kompetenzen zwischen Polizei, Amtsarzt und Psychiatrie durch informelle Übereinkünfte potentiell zumindest Gefahr laufen, ausgehöhlt zu werden.

Als allgemeiner Punkt wird angeführt, dass Wohnraum auch für Menschen, die nicht mit Geld umgehen können, gesichert sein muss. Die Handhabe und der Inhalt des Sachwalterschaftsgesetzes sollen danach ausgerichtet werden (Policy Papier 2008:6). Dieser Punkt wurde bislang noch nicht angesprochen. Der Wunsch nach inhaltlichen Änderungen des Sachwalterschaftsgesetzes, steht wahrscheinlich nicht zur Debatte. Grundsätzlich kann eine Sachwalterschaft beantragt werden, wenn eine Person aufgrund einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, ihre Angelegenheiten zu ihrem Vorteil zu erledigen. Dieses Instrument scheint vermehrt Anwendung zu finden. Dorothea Gschöpf, Bereichsleiterin im Fachbereich Sachwalterschaft des Vereins für Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft und Bewohnervertretung, schreibt, dass sich die Anzahl der Sachwalterschaften in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht hätte und die Tendenz steigend sei. Es ist von einer „Bevölkerung unter Kuratel“ die Rede. Gschöpf meint weiter, dass seit Jahren der Bedarf an geeigneten Sachwaltern nicht mehr gedeckt werden kann. Oft laufen besachwaltete Personen Gefahr, als anonyme Aktenzahl zu enden. Sachwalterschaft sollte das letzte aller möglichen Mittel bleiben, da mit einer „Entmündigung“, so der alte Ausdruck, immer der Verlust persönlicher Rechte einher geht (Gschöpf in: unfrei_willig ausgegrenzt. Caritas 2005:28f).

7.3. Die Empfänger des Policy-Papiers

Wie erwähnt, wurde dieses Papier in den administrativen Bereich „begleitet“. Unter dem administrativen Bereich wird der Fonds Soziales Wien verstanden. Das politisch administrative System, das Stadtratbüro für Gesundheit und Soziales hat die MA 24, die Magistratsabteilung für Gesundheits- und Sozialplanung beauftragt, Vorschläge zu entwickeln, die auf Gemeindeebene diskutiert werden können. Die MA 24 ist direkt der Sozialstadträtin unterstellt. An dieser Stelle soll die Sicht der „Empfänger“ des Papiers dargestellt werden.

Kurt Gutleder, Qualitätsbeauftragter beim Fonds Soziales Wien äußert sich dazu wie folgt: „2000 war das Jahr, in dem die Sozialarbeit in die Wohnungslosenhilfe gekommen ist, in Wien. Ab dem Zeitpunkt ist es (das

Thema psychisch krank und obdachlos. Anm. DA) auch wahrgenommen worden. Wahrgenommen wird es natürlich bei uns im administrativen Bereich nur dadurch, dass die Rückmeldung von der Basis aus der Praxis kommt. (...) Ich denke mir, dass gerade bei diesem Thema Strukturen entstehen - eben diese Arbeitsgruppen. Von der administrativen Steuerung kann man beruhigt sein, wenn es da verankert ist. Dann kann man von der administrativen Seite sagen, das ist dort gut aufgehoben. Dort wird es Ergebnisse geben, und dann schauen wir uns an: wie lässt sich das auch politisch, budgetär umsetzen, wenn es dort gute Ergebnisse gibt“ (Gutleiderer Interview).

Die Wortmeldung von Herrn Gutleiderer ist aus mehreren Perspektiven interessant. Zum einen stützt die Aussage die These, dass erst durch den Blick von Sozialarbeitern aus dem Hilfesystem das Phänomen erkennbar und benennbar geworden ist. Zum anderen bedeutet es, dass das Thema eben auch auf dieser Ebene, nämlich diesen informellen Arbeitsgruppen bleiben soll und dort gut aufgehoben scheint.

Bernhard Mager aus der strategischen Planung dazu: „Die Stadträtin hat mehr oder weniger alle diese Unterlagen an uns weitergeleitet und uns gebeten, das zu sichten und ihr einen Vorschlag für einen Auftrag zu machen. Nach außen kommuniziert hat sie, dass die MA 24, die Sozialplanung mit einer strategischen Planung zu dem Thema beauftragt wird. So kommen die Wünsche und Anregungen zur Stadträtin, und sie schickt das zu uns. Zurück zum Papier: Wie gesagt, ich finde es gut, weil man sehr konkret an einzelnen Punkten ansetzen kann. Was ich mir sicher nicht vorstellen kann ist, dass man der Stadt einen Wunschzettel schreibt und sich erwartet, dass alles umgesetzt wird. Aber soweit ich die Kollegen aus den Einrichtungen kenne, wird das eh auch nicht so erwartet und gesehen. Logischerweise machen sie natürlich auf das aufmerksam, was aus ihrer Sicht dringend und brenzlich ist. Da werden wir uns anschauen, wie das mengenmäßig wirklich aussieht. Wie man sich da auf Mengen einigen kann und wo man als erstes Schritte ansetzt“ (Mager Interview).

Was hier gemeint ist, sich „auf Mengen zu einigen“ spiegelt deutlich wider, dass nicht klar ist, was genau unter einem psychisch Kranken zu verstehen ist. Im

Policy Papier ist davon die Rede, dass sich die unterschiedlichen Fachbegutachtungen vernetzen sollten (Policy Papier 2008:6). Konkret bedeutet das, dass es innerhalb des Fonds Soziales Wien eine Begutachtungsstelle für Wohnungslose und eine weitere für behinderte Menschen gibt. Sind psychisch kranke Obdachlose „irgendwo dazwischen“ zu verorten?

„Wir haben derzeit Menschen, die psychisch krank sind, wohnungslos und möglicherweise substanzabhängig, die in allen Bereichen auftauchen, oder psychisch krank sind und unter Umständen auch eine geistige Behinderung haben; die aber doch gewisse Fertigkeiten haben, dass sie sich doch irgendwie durchschlagen. Aber nicht so durchschlagen, dass sie prozesshaft im Sinne eines gefestigten Wohnplatzes sind. Die sowohl in der Behindertenhilfe als auch in der Wohnungslosenhilfe auftauchen“ (Mager Interview).

„Es ist für mich absurd, dass es die Frage ist: landest du bei der Begutachtungsstelle Behindertenhilfe oder Begutachtungsstelle Wohnungslosenhilfe? Schicksal, Karma, das ist kein systematisch gesteuerter Zugang. Diese Diskussion haben wir 2000, 2001 innerhalb der MA 12 ganz massiv geführt mit der Behindertenhilfe. Nur wenn jemand obdachlos ist, muss das noch nicht heißen, dass er deswegen automatisch noch nicht behindert ist. Und dann soll jemand sagen, jemand, der seit fünf Jahren an der Nadel hängt, ist nicht behindert“ (Litschauer Interview). Tatsächlich eine interessante Frage. Wohin soll sich eine psychisch kranke obdachlose Person wenden? Nicht nur psychisch krank bleibt unklar, sondern auch bei Sucht ist fraglich, in welchem Hilfesystem man als Betroffener Anschluss finden soll. Diese „gewissen Fähigkeiten“, sich irgendwie durch zu schlagen, provozieren beinahe das Bild eines Menschen, der sich nicht „einfach“ in eine Institution „abschieben“ lässt. Denkbar ist auch, dass diese Menschen lange auf einen Wohnplatz warten und sich daher bei mehreren Anbietern anmelden. Es ist aber auch möglich, dass die Menschen, die so offensichtlich zwischen mehreren Systemen kreisen, von einem zum nächsten weiter gereicht werden.

Psychisch krank und obdachlos. Ein Thema oder kein Thema? Soweit sich die Informationen aus den Interviews deuten lassen, besteht der nächste Schritt darin, Menschen individuell zu begutachten, diese Informationen möglichst an einer zentralen Stelle zu sammeln, um eben dort eine Vermittlung an eine

Unterkunft „ergebnisorientiert“ planen und durchführen zu können.

Zu diesem Zweck wurde die Begutachtungsstelle für Wohnungslose, nunmehr Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe, eingerichtet, die im folgenden Kapitel über die Wiener Wohnungslosenhilfe thematisiert wird.

8. Die Wiener Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe ist Ländersache und in den regionalen Sozialhilfegesetzen geregelt. Sie richtet sich an Personen, die laut §7a Abs. 2 Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) anspruchsberechtigt sind.

Die Wohnungslosenhilfe war bis zum Jahr 2004 in der MA 12, der Magistratsabteilung für Soziales angesiedelt. In einer Übergangsphase vom 1. Jänner 2004 bis zum 30. Juni 2004 wurde sie von der MA 15A übernommen. Ab dem 1. Juli 2004 wurde dem Fonds Soziales Wien (FSW) die Wohnungslosenhilfe übertragen, und der FSW ist seit dem der Sozialhilfeträger in Hinblick auf die Gewährung von Unterkunft in Häusern für Wohnungslose (Graber/Gutleiderer/Neumayer/Penz 2005:23).

Für die Unterbringung und Betreuung wohnungsloser Menschen gibt es spezifische Förderrichtlinien, die am 1. Jänner 2006 wirksam geworden sind.

Ziel der Förderrichtlinie ist a) die Unterbringung und Betreuung wohnungsloser Menschen zu ermöglichen und b) Schlaf- und Wohnplätze unter Bedachtnahme auf das Wohl der wohnungslosen Menschen sicher zu stellen.

Das grundsätzliche Ziel jeder Betreuung ist die Reintegration. Jede Betreuung und Beratung muss fachlich qualifiziert sein und dem Bedarf gerecht werden. Der Dokumentation und Evaluation der Tätigkeit kommt entscheidende Bedeutung zu (FSW, Förderrichtlinien:1).

Abgerechnet wird die Leistung täglich. Mit der Anerkennung (Förderung durch den FSW) verpflichtet sich der Betreiber der Einrichtung, über die geförderten Leistungen monatliche Leistungsberichte an den FSW zu übermitteln. Die Berichte haben alle notwendigen personenbezogenen Daten sowie Angaben über Beginn und geplantes Ende der stationären Unterbringung sowie die

Abwesenheitszeiten zu beinhalten (FSW, Förderrichtlinien:4).

Über eine Begutachtungsstelle wird an Einrichtungen zugewiesen. Diese Stelle prüft die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen der Unterbringung.

Mit dem Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe (bzWO) hat der Fonds Soziales Wien eine Stelle geschaffen, die zukünftig effektiv und effizient unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der wohnungslosen Menschen Leistungen zuerkennen und Wohnplätze vermitteln wird. Gleichzeitig ist sie ein Analyseinstrument zur Steuerung des Wohnplatzangebotes und dient einer genaueren Bedarfsfeststellung (Peter Hacker, Geschäftsführer des Fonds Soziales Wien in: Graber/Haller/Penz 2008:5).

Die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe werden von Einrichtungen der KooperationspartnerInnen und den Einrichtungen der 100%igen Tochtergesellschaft des Fonds Soziales Wien „wieder wohnen“ - Betreute Unterkünfte für wohnungslose Menschen gemeinnützige GmbH. gestellt (Graber/Haller/Penz 2008:9).

Die „Begutachtungsstelle“ mit der neuen Bezeichnung „Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe“ - kurz bzWO genannt - hat im August 2007 den Betrieb aufgenommen. Die Einrichtung dieser Stelle wurde im Herbst 2006 unter dem Projekttitel „Begutachtungsstelle“ durch das Kuratorium und Präsidium des FSW offiziell beschlossen. Das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe hat im Rahmen der Leistungszuerkennung die Aufgabe, umfassende Sozialanamnesen durchzuführen und KlientInnen einen optimal passenden Wohnplatz zu vermitteln. Im Rahmen des Monitoring sollen die zuerkannten Leistungen hinsichtlich Effizienz und Effektivität evaluiert werden (Graber/Haller/Penz 2008:10).

Es wurde bereits an einigen Stellen darauf hingewiesen, dass veränderte Strukturen damit zu tun haben können, dass psychisch kranke Obdachlose sichtbar werden. In diesem Zusammenhang wurde auch in den Interviews danach gefragt, ob solche Veränderungen bemerkbar sind. Erstaunlicherweise ließen sich einige inhaltliche und strukturelle Veränderungen der Wiener Wohnungslosenhilfe mit dem Auftauchen der interessierenden Thematik in Verbindung bringen.

Daniela Wieshofer ist seit 2001 als Sozialarbeiterin in der Gänsbachergasse beschäftigt und beschreibt eine inhaltliche Veränderung in der Aufnahmeprozedur von BewohnerInnen. „Als ich angefangen habe, 2001, war die Umstellung. Früher beim sozialtherapeutischen Wohnheim war der Zugang so, dass es hochschwierig war. Es war wirklich hochschwierig. Man hat angerufen, dann wurde ein Erstgespräch geführt; das wurde im Team dann beratschlagt. Dann hat sich derjenige ein paar mal melden müssen, bis es tatsächlich zur Aufnahme kam. 2001 kam die Umstellung wo die Zuweisung stattfand durch P7. Ein freier Platz wurde gemeldet und es wurde zugewiesen. Das heißt, dass man keinen Einfluss mehr hatte. Das Zimmer ist frei auf der Wohngruppe, und die Person ist einfach hingekommen, egal, ob sie auf die Wohngruppe passte oder nicht“ (Wieshofer Interview). P7 ist die so genannte zentrale Clearingstelle, die an Notunterkünfte und Herbergen zuweisen hat können. Der Name P7 ergibt sie aus der Adresse, die sich in der Pazmanitengasse Nummer 7 im 2. Bezirk befindet. Inzwischen ist das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe als zweite „zentrale“ Stelle hinzugekommen. P7 ist nunmehr für die Zuweisung an Notquartiere zuständig. Zimmer in Übergangswohnhäusern und das, was unter dauerhaften Unterkünften verstanden wird, werden über das Beratungszentrum vergeben. Schon 2001 wurden Befürchtungen geäußert, dass einer Stelle ein „Machtmonopol über die Schlafplätze für Obdachlose in der Stadt“ erwachsen kann (internes Arbeitspapier, Caritas Juni 2001:4).

Die Zuweisung durch das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe in Herbergen und Wohnungen funktioniert heute ähnlich. Die Häuser melden freie Wohnplätze und die zentrale Stelle vergibt den Platz an die obdachlose Person. Die Sprache hat sich insofern geändert, dass die Trägerorganisationen nun „Produkte“ anbieten (Graber/Gutlederer/Neumayer/Penz 2005:40f).

Eine zweite Veränderung in der Versorgungslandschaft mit Auswirkungen auf die Wahrnehmung vom Klientel wird von Kurt Gutlederer und Bernhard Litschauer angesprochen. Sie weisen auf den wichtigen Punkt hin, dass sich die Wohnungslosenhilfe selbst für neue Gruppen geöffnet hätte. So hätten Drogenabhängige bis zum Jahr 2001 überhaupt keinen Zugang zu Wohnplätzen gehabt. Es hätte Einzelne gegeben, die sich soweit anpassen haben können,

dass sie nicht aufgefallen sind. Eine „akzeptierende Haltung“ und Spritzentausch seien aber erst seit wenigen Jahren üblich (Gutleder, Litschauer Interviews).

Die Interviewpartner meinen also, dass sich das Hilfesystem „bewusst“ neue Gruppen hereingenommen und gleichzeitig Einfluss darüber verloren hat, welche konkrete Person einen Wohnplatz bekommt. Zusätzlich zu diesem „Machtverlust“ ist eine Unsicherheit vorstellbar, die, so die Vermutung, dazu führen kann, dass „Störende“ zunehmend problematisiert werden. Man nimmt Verhaltensauffälligkeiten bei Einzelnen schneller wahr und manchmal werden diejenigen zum Feindbild im Haus, wie Dr. Löffler anmerkt.

„Drogenklienten“, so die geläufige Bezeichnung für Personen, die im Substitutionsprogramm sind, wurde zwar der Zugang in die Wohnungslosenhilfe ermöglicht, aber nur bis zu einem bestimmten Prozentanteil.

Das Ziel ist Reintegration. Wie diese aber im konkreten Fall aussieht ist unterschiedlich. Hier soll das Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Kontrolle wieder aufgegriffen werden und danach gefragt werden, wie man überhaupt zu einem Klienten wird?

9. Über die soziale Konstruktion eines „Klienten“

Der Prozess, wie aus einem Menschen ein Klient „gemacht“ wird, verläuft über eine soziale Konstruktion, die von Michael Lipsky in seinem Buch „Street-Level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services“ eindrucksvoll beschrieben wird. Der theoretische Ausgangspunkt ist, dass street-level Bürokraten (SLBs) Politik für ihre Klienten machen. Street-level Bürokraten stehen in direkter Interaktion mit denjenigen, die Leistungen in Anspruch nehmen. Daher ist es zulässig, hier Sozialarbeiter als street-level Bürokraten zu bezeichnen. Agenturen, in denen sie beschäftigt sind, werden als street-level Bürokratien bezeichnet (Lipsky 1980:3).

Lipsky unterscheidet vier verschiedene Dimensionen der Kontrolle, die von SLBs ausgeübt wird:

- sie vergeben Ressourcen und verhängen Sanktionen
- sie strukturieren den Kontext der Interaktion zwischen Klient und Behörde
- sie lehren Klienten, sich als Klient zu verhalten und
- sie unterscheiden auf einer emotionalen Ebene in Zuneigung oder Ablehnung (Lipsky 1980:60)

Politik wird von SLBs insofern „gemacht“, als die Entscheidungen über zu vergebende Leistungen von ihrem persönlichen Gutdünken anhängig sind und insofern, als SLBs innerhalb ihrer Strukturen relativ autonom sind (Lipsky 1980:13). Ressourcen sind üblicherweise immer knapp. Der Bedarf kann maximal geschätzt werden, aber nicht genau gekannt. Auf jeden Fall bestimmt das Angebot die Nachfrage, und nicht umgekehrt. „One must understand the meaning of demand in public services. Demand is not only part of a transaction between citizens and government but is also a transactional concept“ schreibt Lipsky (Lipsky 1980: 35).

Die Verteilung von Ressourcen innerhalb eines sozialpolitischen Rahmens unterliegt unterschiedlichen Formen von kulturellen Meta-Rahmen. Donald Schön und Martin Rein (1992:142f) nennen Markt-, Wohlfahrt- und soziale Kontroll-Rahmen als Idealtypen.

Der Markt-Rahmen: Es geht um das Angebot und die Nachfrage, die über den Preis geregelt wird. Kritisch zu Obdachlosen wird angemerkt, dass ihnen die Möglichkeiten weitgehend fehlen, Nachfrage effektiv auszudrücken.

Der Wohlfahrts-Rahmen: geht von der Annahme aus, dass Märkte nicht perfekt sind und, dass die Gesellschaft dafür zuständig ist, den Einzelnen zu integrieren. Man geht vom Individuum aus. Ein Beispiel wäre eine Politik, Wohnraum in Kombination mit sozialer Unterstützung und Therapie zur Verfügung zu stellen.

Der soziale Kontroll-Rahmen: Ein soziales Problem wird gelöst, indem der Einzelne sein Verhalten ändert. Die Gesellschaft hat das Recht, sich gegen „victimizers“, also gegen Lästige zu schützen.

Manche glauben, dass Obdachlose gute Menschen sind, vom Pech verfolgt und einfach einen Job brauchen, um wieder auf eigenen Beinen zu stehen. Andere meinen, dass Obdachlosigkeit ein, von Menschen frei gewählter Lebensstil ist, und Betroffene einfach die Anstrengungen wie Arbeit und Disziplin vermeiden wollen (Schneider / Ingram 1993b:2 in: Fischer 2003:66).

Für Politik bedeutet das aber auch, dass die Konstruktion der Zielgruppe höchst wertbeladen ist. Der „falschen Gruppe“ Zugeständnisse zu machen oder Kosten auf „wirklich Benachteiligte“ abzuwälzen wird als gefährlich erachtet. Daher bestehen für Entscheidungsträger erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit komplexen Problemlagen (Fischer 2003: 76).

Menschen werden zu Klienten, indem sie Kategorien zugeordnet werden. Erst durch die Zuordnung zu Kategorien wird aus dem Menschen ein „Fall“. Ein bemerkenswerter Moment in diesem Prozess ist, dass Menschen dann beginnen, sich selbst als „Fall“ zu betrachten, so, als wären sie eine Kategorie (Lipsky 1980: 59). Lipsky führt hier Erving Goffman an, der gezeigt hat, wie psychiatrische Krankenhäuser ihren Patienten beibringen, sich wie Patienten zu verhalten. Jedes Verhalten, das nicht dem eines Patienten entsprochen hat, war wiederum nur ein Hinweis darauf, dass der Menschen eben krank ist (Lipsky 1980: 67). Ein wichtiger Hinweis ist darüber hinaus folgender: Je ärmer Menschen sind, desto größer ist der Einfluss, den SLBs auf sie und ihr Leben haben (Lipsky 1980:6).

Das gilt auch für psychisch kranke Obdachlose. Manfred Geiger beschreibt, dass die Betroffenen, ganz unten, nichts mehr zu verlieren haben, und dass ihnen somit aus ihrer „Funktionslosigkeit“ Macht erwachsen würde. Auch wenn es manchmal den Anschein hat, dass man ihnen „nicht an kann“ (Geiger 2008:394), so ziehen sich die institutionellen Bänder manchmal ziemlich eng um sie zusammen.

10. Über den Blick auf den Klienten

Vision (voir), knowledge (savoir) und doing (pouvoir) sind die Koordinaten der Macht, und der „gaze“, der klinische Blick, ist die essentielle Technologie. Der Blick produziert Information und Wissen. Information und Wissen sind das Rohmaterial von Subjektivität. Dieses Konzept von Macht und seine Verbindung zu dem Körper eröffnet eine Möglichkeit, die Praxis von Subjekt-Machung zu verstehen (Hughes 2005: 82).

Ein „sozialpädagogischer Blick“ entfaltet sich in der Vermittlung von Subjekt- und Strukturperspektive, von institutionellen und individuellen Aspekten sowie eines Feld- und Bildungsbezugs. Zwar wurden differenziertere Modelle einer sozialen Diagnose für das Feld sozialer Arbeit entwickelt, die Praxis scheint jedoch weitgehend beherrscht von Vorgehensweisen, die sich am medizinisch-klinischen Diagnostikmodell und -Vokabular orientierten; und das ist geprägt von Defizit-, Zuständigkeits- und Ausgrenzungsrhetorik. Heute erleben Fragebögen, Erhebungs- und Klassifizierungsinstrumente eine ungeahnte Konjunktur. Man spricht von einem diagnostischen Boom in der sozialen Arbeit. Befürworter der „sozialen Diagnostik“ verbinden mit der Verwendung eines medizinischen und psychologischen Vokabulars die Hoffnung, dass soziale Arbeit von anderen Professionen anerkannt wird. KritikerInnen betonen hingegen die, den medizinisch-klinischen Diagnostikmodellen innewohnenden Degradierungs- und Etikettierungspotentiale. KlientInnen werden zu „passiven Objekten defizitorientierter Diagnoseverfahren“ (Galuske/ Rosenbauer in: 2008:73ff).

Thomas Lemke schreibt: „die Repräsentation des Selbst auf der Grundlage von standardisierten Testverfahren und dessen Einordnung in normierte Testparameter verdunkelt eben jene Realität, die sie erhellen soll. Denn es ist genau die Individualität, die Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit der Einzelnen, die in diesem Testuniversum zugleich permanent beschworen und systematisch verworfen wird“ (Lemke 2004:263-270 in: Galuske/Rosenbauer 2008:78).

Solche Instrumente erfüllen eine Entlastungsfunktion, da Handlungen standardisiert werden. Sie sind aber immer mit spezifischen Mechanismen der Selektion verbunden. Da die gängigen Instrumente Neutralität und Objektivität suggerieren, indem Phänomene und Merkmale scheinbar sachlich registriert und dargelegt werden, geraten ethische und normative Dimensionen des Handelns aus dem Blickfeld. Diagnostische Verfahren operieren notwendigerweise an der Grenze zwischen Norm und Abweichung, denn „als „Normalisierungstechnologien sind sie konstitutives Element in der Herstellung des Normalen. Ihre Leistung besteht darin...zu entscheiden“ (Lemke 2004:267 in Galuske/Rosenbauer 2008:79).

Werden bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten zur Norm erklärt, und das Vorhandensein bestimmter Beeinträchtigungen als Abweichung von der Norm gesehen, stellt sich die Frage der Ausgrenzung im Sinne von Nicht-Abweichung beziehungsweise Abweichung von dieser Norm (Naue 2005:9). Das Konzept der Norm bringt das Konzept der Abweichung mit sich.

Im Entscheiden geht es also darum, das Normale vom Abnormalen und das Gesunde vom Kranken zu trennen. Es gilt, zwischen Hilfe und Kontrolle zu trennen und zwischen Bedürftigen und Nicht-Bedürftigen. Und die Betroffenen müssen mitspielen. „Die Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf die jeweils zeitgenössischen Disziplinierungserfordernisse einzulassen, ist mit ein Kriterium, mit dem über die Hilfewürdigkeit, und damit über weitergehende Strategien der Inklusion oder Exklusion entschieden wird“ (Sachße/Tennstedt 1986b:12 in Geiger 2008: 391).

11. Veränderung des Sozialen? Wie werden Randgruppen regiert?

Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde das Management von kollektiver Gesundheit zu einem Schlüsselbereich gouvernementalisierter Staaten mit bestimmten Konfigurationen von Wahrheit, Macht und Subjektivität, dem die Rationalitäten von Wohlfahrt, Sicherheit, Gesundheit und Hygiene unterliegen (Rose / Rabinow 2003:14). Im Sinne Foucaults beinhaltet Gouvernementalität

„Erwägungen, Strategien, Taktiken und Kunstgriffe, von denen die Behörden Gebrauch machen, um die Bevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen in Form zu bringen und zu steuern, und auf diese Weise das allgemeine Wohl zu sichern und Übel fern zu halten“ (Rose 2000:73).

Der Wohlfahrtsstaat bezog sich auf eine Art von „citizenship“. Allerdings wurde der universale Charakter Ende des 20. Jahrhunderts zunehmend in Frage gestellt. Die obdachlose Person wird jetzt als „rough sleeper“ dargestellt, als ob das Fehlen einer Unterkunft entweder ein persönlicher Lebensstil, oder ein Symptom einer Erkrankung ist. Die Einstellung zu Bürgerrechten hat sich insofern geändert, dass sie nicht mehr als politisches Recht gesehen werden, sondern als eine Art Vertrag, den der Einzelne eingeht. Diejenigen, die aus verschiedenen Gründen dazu nicht in der Lage sind, werden identifiziert, benannt und ihnen werden diese Rechte verwehrt (Rose 1999: 254).

Ausgrenzungs- und Integrationsprozesse sind nicht nur als ein Randgruppenphänomen zu begreifen.

Sie hängen eng mit den gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen, mit den institutionellen Praktiken und Verfahrensregeln zusammen (Geiger 2008:389).

Dabei sind Rationalitäten und Techniken des Regierens entstanden, die ohne „Gesellschaft“ auskommen.

Lemke, Krasman und Bröckling sprechen in dem Zusammenhang von der Entstehung einer „neuen Gouvernamentalität“, die nicht das Ende, sondern „eine Transformation des Politischen“ (markiert), welche die gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse systematisch rekonstruiert. „Nicht eine Abnahme staatlicher Souveränität und Planungskapazitäten, sondern eine Verschiebung von formellen zu informellen Formen der Regierung lässt sich beobachten. Diese umfasst die Verlagerung von nationalstaatlich definierten Handlungsmustern auf suprastaatliche Ebenen genauso wie die Etablierung neuer Formen von „Subpolitik“, die gleichsam „unterhalb“ dessen operieren, was traditionellerweise das Politische ausmachte“ (Lemke/Krasmann/Bröckling 2000:26; Otto/Ziegler 2008:139).

Die Menschen, die regiert werden sollen, werden nunmehr als Individuen begriffen, die selbst einen aktiven Part bei diesem ihrem Regiert-werden zu übernehmen haben (Rose 2000: 78). Durch neue Wohlfahrtsprogramme wird der Wohlfahrtsempfänger ethisch neu konstruiert. Inklusion kann stattfinden,

wenn das Individuum an seinem Selbst arbeitet. „Aktivierung“ bedeutet angesichts von 20 Millionen Arbeitslosen und 68 Millionen Armen in der Europäischen Union folglich die „bedingungslose Unterwerfung der sozial Randständigen“ (Dimmel 2006:2).

Die Veränderungen, die das Regieren des Wirtschaftslebens betreffen, stehen in Zusammenhang mit einem allgemeinen Wandel, der die Art und Weise betrifft, wie Individuen sich selbst regieren und ihr Leben führen. Es zeichnen sich neue Formen ab, diejenigen, die regiert werden sollen, als Subjekte zu verstehen, zu klassifizieren und zu steuern. Es gibt eine „Neucodierung der gesellschaftlichen Separierungspraktiken“. Die Unterschiede zwischen den Eingegliederten und den Marginalisierten werden neu gezogen. Unter den Eingegliederten werden diejenigen verstanden, die „ihr Handeln nach Maßgabe einer Investition in die eigene Person und ihrer Familie kalkulieren und diese Investition unter Berufung auf die Codes der eigenen Community maximieren.“ Die Marginalisierten sind diejenigen, denen man die Zugehörigkeit zu diesen anerkannten und zivilisierten kulturellen Gemeinschaften abspricht. „Entweder gelten sie aufgrund ihrer Unfähigkeit, ihr Leben selbstbestimmt in den Griff zu bekommen grundsätzlich in kein Kollektiv integrierbar, oder sie werden zu irgendeiner Antigemeinschaft gehörig betrachtet, deren Moralvorstellungen, Lebensstil und Gebaren als Bedrohung oder Vorwurf an die Adresse öffentlicher Zufriedenheit und der politischen Ordnung wahrgenommen werden“ (Rose 2000: 94f).

„Anstelle des Wohlfahrtsstaats hat sich ein neuer Bereich des Managements dieser Mikrosektoren herausgebildet, der durch eine Fülle quasi-autonomer Einrichtungen markiert wird, die in den wilden Räumen tätig sind, in den Antigemeinschaften an den Rändern der Gesellschaft, oder die mit denen arbeiten, welche wegen ihres Mangels an Kompetenz oder Fähigkeit zu einem gesitteten und eigenverantwortlichen Leben ausgestoßen wurden“ (Rose 2000:103). Durch diese neuen Praktiken der Ausschließung macht die soziale Logik der Wohlfahrtsbürokratien das Feld frei für die neue Logik des Wettbewerbs, der Marktsegmentierung und des Leistungsmanagements.

Das Management von Exklusion kann ein profitables Geschäft werden. In dieser Konfiguration ist eine Spannbreite von Überwachungsagenturen, vom Psychiater über Sozialarbeiter bis hin zu Wachdiensten und Polizei vertreten.

Ihre Aufgabe ist es, das Risiko zu managen. Diese Agenturen beschäftigen sich mit „den üblichen Verdächtigen“ (Rose 1999: 260), den Armen, den Obdachlosen, den entlassenen Psychiatriepatienten. Diese Logik des Risikomanagements gibt den Karrieren und Identitäten dieser Personen einen Platz im Regime von Überwachung. Kontrolle ist nicht mehr, Kranke zu unterdrücken und wegzusperren, sondern die Generierung von Wissen, das die Gefährlichkeit definieren kann, auf dessen Basis Inklusion oder Exklusion stattfinden wird
(Rose 1999:263).

Robert Castel beschreibt die neuen präventiven Strategien von sozialer Administration in Psychiatrie und Sozialarbeit ausführlicher.

Diese neuen Strategien lösen das Subjekt als konkretes Individuum auf und konstruieren es neu als eine Kombination von Faktoren, nämlich Faktoren des Risikos. Die direkte, unmittelbare Beziehung zwischen dem Helfer und dem Klienten verändert sich, und die Spezialisten im Sozialbereich und im Gesundheitsbereich sind damit konfrontiert, dass sich ihre Rolle ändert. Die Politik des Managements entwickelt sich zu einer autonomen Kraft, die sich einer Kontrolle der operativen Kräfte, die an der Basis tätig sind entzieht, und ihnen nur mehr exekutive Wirkung zukommen lässt. Diese neue Form, Bevölkerung zu administrieren, gehört in ein neu entstehendes Regelwerk, das die Bedürfnisse einer „advanced industrial“ (post-industrial oder post-modernen) Gesellschaft regieren können soll. Diese Transformation geht mit Praktiken einher. Castel schreibt, dass in der Medizin der Trend in die Richtung geht, dass sich ein System entwickelt hat, in dem der Mediziner nicht mehr mit dem Patienten spricht, sondern sich Krankenakten widmet, die innerhalb des medizinischen Systems zirkulieren. Bereits hier zeigt sich ein Wandel, weg vom klinischen Blick, hinzu einer Ansammlung „objektiver Fakten“. Ein Übergang von der Klinik auf das kranke Subjekt hinzu einer „epidemiological clinic“
(Castel 1991:282).

Dazu kommt die zunehmende Verwissenschaftlichung von Technologien des Heilens und Helfens. In der Psychiatrie wird zwar nach wie vor die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Arzt und Patienten betont. Trotzdem kann man eine Veränderung erkennen, die darin besteht, dass die Bedeutung von

Gefährlichkeit als privilegiertes Ziel präventiver medizinischer Intervention von Risiko abgelöst wurde. Für die klassische Psychiatrie meinte Risiko die Gefahr, die von einem psychisch Kranken ausgeht, unvorhergesehene aggressive Handlungen zu setzen. Gefährlichkeit hingegen ist eine mysteriöse und paradoxe Zuschreibung. Psychisch Kranke können heute ruhig und friedlich sein und morgen gefährlich. Ein Risiko folgt nicht aus der Anwesenheit einer konkreten Gefahr in einem konkreten Individuum oder in einer Gruppe. Risiko ist der Effekt einer Kombination abstrakter Faktoren, die unerwünschtes Verhalten eher möglich werden lassen (Castel 1991:288).

Diese Präventionsstrategie treibt neue Arten von Überwachung voran. Das Entstehen unerwünschter Zustände oder Ereignisse soll vorweggenommen und verhindert werden. Es gibt kein Subjekt mehr. Präventive Strategien wenden sich nicht mehr an Individuen sondern an Faktoren, an statistische Beziehungen heterogener Elemente. Das Hauptziel ist nicht, konkreten gefährlichen Situationen entgegen zu treten, sondern alle möglichen Formen von Irritationen und Gefahren vorwegzunehmen.

„We are situated in a perspective of autonomized management of populations conducted on the basis of differential profiles of those populations established by means of medico-psychological diagnoses which function as pure expertises“ (Castel 1991:291). Diese Expertisen haften am Individuum, geben ihm ein Profil und weisen ihm einen Platz zu.

11.1. Praktische und politische Folgen

Castel nennt zwei Beispiele. Die Trennung von Diagnose und Behandlung und die Verwandlung von Betreuungsfunktionen hin zu einer Arbeit an Expertisen. Empirische Hinweise sind am Beispiel der Situation in Wien bereits in Ansätzen erkennbar.

Christian Wetschka meint beispielsweise „wo Diagnosen nicht zu Therapie führen sind sie fraglich“ (Wetschka Interview). Im Einjahresbericht der Psychosozialen Dienste ist allerdings die Rede davon, dass „insgesamt 312 wohnungslose Personen begutachtet wurden“, bei einem „Großteil der Wohnungslosen“ im Beobachtungszeitraum aber „nicht mehr als ein Kontakt mit dem fachärztlichen Liaisondienst“ stattfand (Psychosoziale Dienste Wien

2006:19). Nimmt man außerdem zur Kenntnis, dass das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe umfassende Sozialanamnesen der Obdachlosen durchführt und einschätzt, ob eine psychische Erkrankung vorhanden ist („weil Psychiater haben die dort nicht“ Mager Interview), so ist zumindest noch nicht bekannt, ob und in welchen Strukturen diese Daten zirkulieren können. Es kann aber angenommen werden, dass der „Auftrag zur Vernetzung der verschiedenen Fachbegutachtungen“ (Policy Papier 2008:6) erfolgen wird, und in diesem Rahmen die Einschätzung durch eine Behörde oder die Diagnose eines Psychiaters, ob eine Person psychisch auffällig oder krank ist eine Rolle spielen mag.

Frau Oberegger erwähnt auch, dass noch nicht klar ist, wie sich die längerfristige Förderung einer Person durch den Fonds Soziales Wien auswirken kann. „Wenn wir jetzt mit 1.1. (2009, Anm. DA) in die Förderwelt eintauchen und der Wohnplatz limitiert wird auf voraussichtlich zwei Jahre, dann wird es natürlich schwierig werden. Natürlich werden wir versuchen, dass die Leute nicht nach zwei Jahren wieder auf der Straße sind. Man wird da schon auch verhandeln können, aber Tatsache ist, dass es für diese Menschen nichts gibt“ (Oberegger Interview).

Im nächsten Kapitel soll weiter darauf eingegangen werden, welche Auswirkungen es haben kann, Menschen grundsätzlich und Obdachlose als Randgruppe im speziellen als psychisch krank zu definieren.

12. Medikalisierung und Abweichung

Ob ein Arzt einen Menschen als psychisch krank bezeichnet, also einen theoretischen Begriff zur Diagnose verwendet, beziehungsweise ob die Umwelt ein analoges oder abweichendes Urteil fällt, oder der Betroffene sich krank oder gesund fühlt, sind verschiedene Konstellationen sozialer Realität, die unterschiedlich verhaltenswirksam werden. Die Definition des Arztes zu übernehmen, mag eine gravierende Veränderung der Wirklichkeit zur Folge haben (Lamnek 2005:125). Dörner u.a. weisen am Beispiel der „Schuldfähigkeit“ darauf hin, dass psychiatrisch Tätige einen anderen Begriff haben, als

beispielsweise Juristen und unterschiedlichen Sprachen verschiedene Bedeutungen innewohnen (Dörner u.a. 2002:526).

Anfangs wurde die Frage aufgeworfen, ob es denkbar ist, dass in der Debatte über psychisch kranke Obdachlose ein soziales Problem medikalisiert wird.

12.1. Medikalisierung

Braumandl und Gottweis bezeichnen als Medikalisierung „jenen Prozess, durch den die unterschiedlichsten Lebensphasen und -situationen von der Geburt bis zum Tod medizinisch-wissenschaftlich definiert und, eng verbunden damit, an den Einsatz von Medikamenten, medizinischen Maßnahmen und Therapien gekoppelt wird. Jedes Unwohlsein, aber auch (...) abweichend definiertes Verhalten bekommt einen Namen und eine Charakterisierung, wird so zur Krankheit oder Abweichung und bedarf demnach einer medizinischen Behandlung, die naturgemäß Kosten verursacht“ (Gottweis/ Braumandl 2006:757).

In einem sich verändernden biopolitischen Kontext müssen Strategien, die sich auf Gesundheit oder Krankheit beziehen, im Zusammenhang mit neuen Konfigurationen von Wissen, Macht und Subjektivität gedeutet werden (Rabinow und Rose 2003: 28ff). Krankheit ist „ein anormaler Zustand in vielen verschiedenen Formen, mit unterschiedlich auftretenden Symptomen, Störung der Funktion eines Organs, Körperteils oder des seelischen, geistigen Zustands“ (Bünting 1996: 673). Im englischen wird zwischen „disease“ und „illness“ unterschieden, meist so, dass illness die Bedingung von being diseased ist. Manchmal gilt Krankheit einfach als Abwesenheit von Gesundheit. Diese Konzeption unterstellt eine Norm des Gut-Funktionierens eines Körpers oder Organs. Das Konzept von Krankheit wird eng definiert. Von Mediziner*innen objektiv diagnostizierte Körperfunktionen können behandelt werden. Disease und illness können auch getrennt analysiert werden. Disease ist ein physiologischer Status und illness ist der soziale Status, der von disease verursacht werden kann. Illness und disease sind soziale Konstruktionen. Sie können nicht existieren, ohne dass sie jemand voraussetzt, beschreibt oder wiedererkennt. Krankheit repräsentiert ein menschliches Urteil. Wenn Krankheit einem Urteil unterliegt, dann wird das ein negatives Urteil sein. Medizinische Diagnose berühren das

Erleben und Verhalten von Menschen gegenüber sich selbst und gleichzeitig gegenüber anderen. Diagnose und Behandlung von Erkrankung sind auf denselben Urteilen aufgebaut. So ist es verständlich, dass Bedingungen, die als krank definiert werden, Rückschlüsse auf soziale Werte und generell auf die Anschauung einer Gesellschaft zulassen (Conrad /Schneider 1992:31f).

12.2. Abweichung

In den 1960er Jahren etablierte sich in der nordamerikanischen und später in der westeuropäischen Soziologie die „social-reaction“ oder „labeling“ Theorie als einflussreiche theoretische Strömung im Bereich der Analyse von Abweichung und sozialer Kontrolle. Der Begriff wurde durch die Arbeiten von Thomas Scheff populär. Für Scheff stellte die Zuschreibung „psychisch krank“ den wichtigsten einzelnen Faktor für die Konstituierung der Geisteskrankheit als soziale Tatsache dar (Forster 1997:104).

Im deutschsprachigen Raum ist meist von „Etikettierung“ die Rede (Forster 1997:107f). Der Fokus von Theorie und Forschung lag auf sozialen Prozessen, in deren Verlauf aus bestimmten Handlungen erst soziale Abweichungen werden, und durch die bestimmte Personen als abweichend definiert und behandelt werden. Die konventionelle Auffassung von sozialer Abweichung verkehrte sich in ihr Gegenteil. „Nicht Devianz führt zu sozialer Kontrolle, sondern soziale Kontrolle wird zu einer unabhängigen Variable bei der Herstellung von Devianz“ (Scull 1988:678 in: Forster 1991:103) Damit rückten natürlich staatlich legitimierte Institutionen, deren Aufgabe die Behandlung oder Verwahrung abweichender Personen ist ins Blickfeld. Erst durch die Labeling Theorie wurde eine systematische sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Institutionen unter dem Blickwinkel soziale Kontrolle begründet. Der Gegenstandsbereich war die Psychiatrie und zwei Betrachtungsweisen gewannen mit Erving Goffmans Arbeiten an Einfluss. Zum einen die „totale Institution“ und zum anderen die „abweichenden Laufbahnen“ (Forster 1991:104).

12.3. Kontrolle

Medizinische soziale Kontrolle ist die Akzeptanz einer medizinischen Perspektive zur Definition bestimmter Phänomene. Dem unterliegt die Konstruktion einer Norm, was gesund und was krank ist. Medizinische Kontrolle schließt ärztliche Beratung und Information ein. Solche Ratschläge dienen als Richtwert für erwünschtes Verhalten. Medizinische Interventionen und Behandlungen zielen darauf ab, das Individuum zum Mittun zu veranlassen, wieder gesund zu werden. „Medical social control of deviant behaviour is usually a variant of medical intervention that seeks to eliminate, modify, isolate, or regulate behavior socially defined as deviant, with medical means and in the name of health“ (Conrad/Schneider 1992: 242). Ein wesentliches Kennzeichen der Modernisierung ist die Pädagogisierung beziehungsweise Medikalisierung des Kontrollstils. Ungehorsam wird weniger strafrechtlich und sozial ausschließend geahndet, sondern stärker als pathologisch gedeutet und einer therapeutischen Intervention zugeführt. Die Medikalisierung abweichenden Verhaltens zeigt sich etwa im Anspruch der Medizin, Normabweichungen benennen, erklären und behandeln zu können. Normabweichungen werden als Symptome individueller Unmündigkeit angesehen. „Die Rolle des Abweichenden wird als eine solche des/der Kranken umdefiniert“ (Kolland 2008: 163f).

Nikolas Rose und Carlos Novas sprechen von einem „biologischen Staatsbürger“ und von einem „making-up“ des biologischen Bürgers. Unter making-up ist zu verstehen, dass die Art und Weise, wie Menschen durch politische, medizinische und juristische Autoritäten verstanden werden, in Kategorien wie „der chronisch Kranke“ oder „der Psychopath“ erfolgt (Rose/Novas 2005:445; Rose 2000).

Vincent Lyon-Callo betrieb drei Jahre lang ethnographische Feldforschung in einer Notschlafstelle für Obdachlose in Massachusetts. Er beschreibt, wie die Suche nach dem Grund, nach der Ursache für die individuelle Lage, nämlich obdachlos geworden zu sein, in medizinischen Begriffen geführt wird. Um „helfen zu können“ muss der Betroffene ein „willing collaborator in self-diagnosis“ werden, beziehungsweise zu einem solchen gemacht werden.

Tragischerweise wurde Widerstand gegen dieses medizinische Modell als „further evidence of pathology“ gedeutet (Lyon-Callo 2000:9ff).

Ein Grund, warum ein soziales Phänomen durch ein medizinisches Modell dargestellt wird könnte darin liegen, was de Swaan als **Protoprofessionalisierung** bezeichnet. Psychiatrische Begriffe und professionelle Sichtweisen werden zunehmend von Laien, von Sozialarbeitern, Angehörigen und anderen verwendet, um alltägliche Probleme neu zu definieren, und zwar so, dass sie den angebotenen Lösungsmodellen entsprechen. Je höher das Maß an Protoprofessionalisierung, desto leichter wird der Zugang zu professionellen Leistungen. Umgekehrt sind Experten eher geneigt, Personen als Klienten zu akzeptieren, die Probleme präsentieren, für die sie sich kompetent erachten. Das Konzept der Protoprofessionalisierung stützt die These, dass das Angebot an Leistungen den Bedarf erzeugt (Forster 1997:209).

12.4. Ebenen und Stufen der Medikalisierung

Conrad und Schneider unterscheiden drei Ebenen; nämlich eine konzeptuelle, eine institutionelle und eine interaktive Ebene.

Die Grundlagen für Medikalisierungsvorgänge bilden komplexe kognitive und emotionale Umorientierungsprozesse. Von Medikalisierung zu sprechen setzt jedenfalls voraus, dass sich eine vorrangig medizinische Sichtweise eines Phänomens durchgesetzt hat und eine gewisse gesellschaftliche, politische und professionelle Akzeptanz erreicht hat.

Bleibt ein Medikalisierungsvorgang auf der konzeptuellen Ebene, so werden medizinische Begriffe und Modelle verwendet, um ein Problem einzuordnen und zu verstehen. Dabei müssen weder Ärzte unmittelbar involviert sein, noch medizinische Behandlungen angeboten werden. Auf der institutionellen Ebene bezeichnet Medikalisierung bereits ein organisiertes, medizinisch legitimes Herangehen an ein bestimmtes Problem. Der Grad der Einbeziehung von Ärzten kann hier sehr unterschiedlich sein. Im Minimalfall fungieren sie als „gate keeper“. Ihre Definitionen rechtfertigen dann in erster Linie die Verteilung von Ressourcen. Auf der interaktiven Ebene schließlich werden Ärzte direkt

diagnostisch oder therapeutisch tätig, und hier spielt die Anwendung medizinischer Technologien eine entscheidende Rolle. Nur auf der interaktiven Ebene bedeutet Medikalisierung die Anwendung eines „ätiologischen Paradigmas der individuellen Störung“ und eines „prozessualen Paradigmas der individuellen Behandlung“ (Conrad/Schneider 1980b:75f in:Forster 1997:154).

Ob ein Phänomen medikalisiert wird, entscheidet sich in einem sozio-politischen Kontext, der idealtypisch fünf Stadien durchläuft, die ebenfalls von Conrad und Schneider identifiziert wurden (Conrad/Schneider 1980a:266ff in: Forster 1997:156f).

1. Medikalisierung beginnt mit der Definition eines Phänomens als unerwünschte Abweichung, für das bestimmte Gruppen irgendeine Abhilfe fordern und bestehende Lösungen als unwirksam erachtet werden.
2. Die Abweichung kann mit organischen Grundlagen in Zusammenhang gebracht werden.
3. Eine gesellschaftliche Gruppe meldet aktiv Ansprüche, das Problem medizinisch zu beantworten (claim making). Charakteristisch für diese Phase ist ein interaktiver Prozess, in dem ärztliche Protagonisten auf nicht-medizinische Gruppen angewiesen sind und umgekehrt.
4. Ringen um eine offizielle Anerkennung.
5. Die medizinische Sichtweise wird „herrschendes Paradigma“.

Von den Interviewpartnern war häufig zu hören, dass sich der „Blick“ auf das Problem geändert hätte und dass man einen neuen „Rahmen“ gefunden hat. In diesem Zusammenhang wurde gefragt, ob es vorstellbar sei, dass man begonnen habe, das Phänomen Obdachlosigkeit „medizinisch“ zu denken.

„Ja, das kann sein. Aber wenn es aus dem schizophrenen Formenkreis kommt, ist das keine Spekulation, sondern etwas, was man sehr genau diagnostizieren kann. Das ist keine Vermutung. Aber natürlich gibt es die ganz schwere Achse innerhalb der Psychiatrie, wo sie sagt, da kommt sie an ihre Grenzen. Das sind die Persönlichkeitsstörungen. Ab wann ist eine Persönlichkeitsstörung

psychiatrisch noch erfassbar und daher behandlungswürdig. Es gibt eine Grauzone“ sagt der Arzt Dr. Löffler (Löffler Interview).

„Eigentlich müsste man so anfangen, dass man gar nicht von psychisch krank redet, solange nicht irgendwo ein Gutachten erstellt worden ist, das das belegt. Vielleicht sollte man nicht gleich von einer psychischen Erkrankung sprechen, sondern von einer entsprechenden psychosozialen Bedürftigkeit“ (Opat Interview).

„Ich habe ein Entlassungsschreiben von einem Patienten aus dem OWS (Otto Wagner Spital, Anm. DA) bekommen. Da sind die ganzen ICD 10 Zahlen gestanden. Gut, das ist eh schon klassisch. Man braucht diesen Schlüssel, damit man überhaupt im Wohnungslosenbereich arbeiten kann“ (Oberegger Interview).

Die Aussage von Frau Oberegger weist auf das hin, was als Protoprofessionalisierung bezeichnet wurde. Wie es scheint, dürfte die Kenntnis eines psychiatrischen Diagnoseschlüssels zur Kommunikation zwischen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe unerlässlich sein. Sowohl wenn der Patient aus dem Spital entlassen wird und wieder Klient der Wohnungslosenhilfe ist, als auch dann, wenn einem Klienten medizinisch-psychiatrische Leistung zugänglich gemacht werden soll. Die Persönlichkeitsstörungen, die Dr. Löffler erwähnt hat, dürften zwar nicht medikamentös behandelbar sein weil keine organische Grundlage vorhanden ist. Die Graubereiche, die angesprochen wurden, könnten hier aber sehr wohl meinen, dass Abhilfe für unerwünschte Abweichungen bei der Medizin gesucht wird.

Auf der institutionellen Ebene der Medikalisierung lässt sich beobachten, dass beispielsweise für die Zuerkennung einer Invaliditätspension bei psychischer Erkrankung ein psychiatrisches Gutachten vonnöten ist um Ressourcen zu erschließen, und Psychiater die „gate keeper“ Rolle einnehmen. Die interaktive Ebene schließt ein, dass Psychiater in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe tätig geworden sind. Mit der Differenzierung von Conrad und Schneider kann also die Frage, ob das Phänomen psychisch krank und obdachlos medikalisiert wurde bejaht werden.

Im letzten Kapitel soll es darum gehen, wie psychisch kranke Obdachlose regiert werden, wenn ihnen seitens der Wohnungslosenhilfe nicht mehr „zu

helfen scheint“. Wie werden diejenigen regiert? Was bedeutet es, dass als „letzter Ausweg“ nur mehr die „Zwangseinweisung“ oder das „Hausverbot“ in Frage kommt? (Policy Papier 2008:1).

13. Ultima ratio

„Der Ausschluss des Wahnsinns besitzt zunächst zwei Formen: Die Vertreibung aus der Stadt oder die Einweisung in das Gefängnis“ (Ruoff 2007:224).

Michel Foucaults Analyse lässt Parallelen im Sinne von Aussperren oder Einsperren zu. Was tut man mit „den Wahnsinnigen“?

Das Unterbringungsgesetz bildet den rechtlichen Rahmen. Dieses Recht ist in einen gesellschaftlichen und politischen Kontext eingebettet, der die Frage berührt, wie man mit psychisch Kranken umgehen möchte.

13.1. Reformierte Psychiatrie

Von den Interviewpartnern war an zahlreichen Stellen zu hören, dass die Situation, dass sich psychisch kranke Menschen in der Obdachlosigkeit wieder finden, als eine Folge der Psychiatriereform gedeutet werden kann.

Eine intensive Auseinandersetzung mit der österreichischen Variante der Psychiatriereform wird an dieser Stelle nicht verfolgt, da dies den Rahmen der Arbeit bei weitem sprengen würde. Interessierend ist eher eine mögliche Konsequenz aus der Logik, früher wären Menschen über Jahre in Anstalten verwahrt worden, und nun würden sie sich in der Obdachlosigkeit wiederfinden. Psychiatriereform ist der Ausdruck und das Ergebnis einer gesellschaftlichen Problematisierung der traditionellen Anstaltspsychiatrie ab Mitte der 1970er Jahre.

Anstalts- und Gemeindepsychiatrie sind im Sinne von Thomas Kuhn „Paradigmen“. Sie repräsentieren unterschiedliche Denkweisen und Vorstellungen darüber, wie auf psychische Störungen reagiert werden kann, und in welcher Sprache über sie gesprochen werden soll. Das Paradigma der Gemeindepsychiatrie ersetzte die bisher gültigen Prinzipien durch eine genau

gegen gerichtete Logik (Forster 1997:21). Fanden Menschen oft über Jahre einen Platz in stationären Einrichtungen, so sollten sie nunmehr in die Gemeinde entlassen werden.

Der Begriff Wiener Psychiatriereform stammt aus einem Beschluss des Wiener Gemeinderats aus dem Jahr 1979 in dem ein Zielplan zur Umstrukturierung der stationären Psychiatrie beschlossen wurde (Forster 1990:43/1). 1980 wurde der Psychosoziale Dienst (PSD) gegründet und eröffnete das erste von inzwischen acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien.

„Eine Psychiatriereform im Sinne eines national übergreifenden oder koordinierten Programms und Maßnahmenpakets als Antwort auf unzulänglich erkannte Strukturen hat es in diesem Land nicht gegeben“ (Forster 1990:20).

Der Wandel der österreichischen Psychiatrie repräsentiert den Fall einer Modernisierung auf mikropolitischem Weg (Forster 1997: 61).

Als Ergebnis von mehr oder weniger gezielten „Psychiatriereformen“ werden Veränderungen verstanden, die in den meisten westeuropäischen Ländern ähnlich verlaufen sind. Dazu gehören (nach Forster 1990:2):

- Verkleinerung von Anstalten
- Abbau von Dominanz der stationären Einrichtungen
- Aufbau extramuraler Dienste
- Abbau der Distanz zu allgemeinmedizinischer Versorgung
- Rückgang von Verweildauern in stationären Einrichtungen
- Rückgang von unfreiwilligen Aufnahmen
- Erweiterung des Berufsspektrums in den psychiatrischen Einrichtungen.

An die Stelle der Anstalten treten kleine, dezentral angesiedelte Einrichtungen, die in einem „therapeutischen Netzwerk“ kommunizieren. „Gemeinde“ steht für das „natürliche“ Lebensmilieu. Das enge naturwissenschaftliche Krankheitsmodell wird um psychosoziale Faktoren erweitert. Der soziale Kontext soll berücksichtigt werden und ärztliche Autorität durch ein partnerschaftlich-kooperatives Modell abgelöst werden.

Gemeindepsychiatrie bedeutet somit eine psychiatrische „Intervention“ in den Lebenskontext mit der Perspektive der sozialen Eingliederung (Forster 1997:21f).

Die soziologische Debatte zu Versorgung und zu sozialer Kontrolle ist oftmals widersprüchlich. Während wohlfahrtsstaatlich orientierte Autoren unübersehbare Lücken im Versorgungssystem feststellen, verweisen humanistisch-liberalistisch orientierte Forscher eher auf einengende Maschen und Knoten (Forster 1991:82).

Dementsprechend kontroversielle Sichtweisen finden sich dazu in der Literatur.

Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle wird hier wieder deutlich.

Es stellt sich darüber hinaus auch die Frage, was unter Gemeinde zu verstehen ist. Wohin werden Menschen entweder eingeliedert oder ausgelagert?

Die Interviewpartner äußerten sich zur Psychiatriereform folgendermaßen:

„Vom Ausgangspunkt glaube ich, ist es schon so, dass man sich wenig Gedanken gemacht hat im Rahmen der Psychiatriereform, wie viel wird es brauchen. Was richte ich damit an. Auch wenn die Grundidee eine sehr gute war (...) Offensichtlich hat man entweder verabsäumt zu schauen, wie groß ist der Bedarf wirklich, oder man hat verabsäumt, den erkannten Bedarf auch wirklich zu befriedigen, weil ja Kommunen wie die Stadt Wien aufpassen müssen, dass sie nicht überfrachtet werden mit Aufgaben, die eigentlich wem anderen gehören“ (Litschauer Interview).

„Früher hat es praktisch zwei Möglichkeiten gegeben wenn jemand psychisch krank war. Entweder verwahrt in Gugging, Mauer Öhling wo auch immer in den großen Anstalten, wo die Menschen dann auf lange Zeit einfach untergebracht und/oder festgehalten waren. Und die andere Alternative war die Familie, solange die Familie das irgendwie ausgehalten hat. Und dort glaube ich, liegt ein interessanter Ansatz, weil das die gesellschaftliche Veränderung zeigt. Das Wegsperrten von irgendwie Auffälligen oder für andere problematischen Personen wird eben nicht mehr als Allheilmittel gesehen, sondern man gesteht damit nun diesen Personen verstärkt wieder ein Lebensrecht, ein Recht auf Freiheit zu, denen das vorher abgesprochen worden ist“ (Partl Interview).

Die Psychiatriereform wird durchaus positiv bewertet aus dem Ansatz heraus, Menschen nicht mehr in Institutionen zu verwahren. Der Tenor geht eher in eine Richtung, mehr „maßgeschneiderte Angebote“ im ambulanten Bereich zu

schaffen und das Hilfesystem weiter auszudifferenzieren. Im Sinne von Biomacht eine logische Schlussfolgerung, weitere Ressourcen und finanzielle Mittel einzufordern.

Im Diskurs über psychisch kranke Obdachlose wird die momentane Situation zwar als Spätfolge der Psychiatriereform gedeutet, allerdings wird als Abhilfe in individuellen Fällen nicht eine neuerliche Institutionalisierung angedacht, sondern im Kern geht es darum, was tun mit Menschen, die einer Behandlung bedürfen, sich aber nicht behandeln lassen wollen. Hier treffen einerseits die Themen einer Versorgungslandschaft und andererseits die der gesetzlichen Eingriffsmöglichkeiten in die Freiheit des Einzelnen aufeinander.

Von den Neuerungen vernachlässigt sind die alten und die neuen chronisch Kranken mit komplexeren Betreuungsbedürfnissen. Unter ihnen sind Menschen aus der sozialen Unterschicht stark überrepräsentiert. Werden sie „in die Gemeinde entlassen“ (deinstitutionalisiert) fallen sie nicht selten durchs Netz (Forster 1997:31). Diese Situation kann in einen neuen Konservatismus und Paternalismus umschlagen. Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit psychisch Kranker gegen sich oder andere, oder öffentlich auffallendes, störendes Verhalten werden als Auswüchse übertriebener Liberalisierung gedeutet, die zu Forderungen nach einer „Re-Institutionalisierung“ von chronisch psychisch Kranken geführt hat (Forster 1997:68).

Es soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass in manchen Interviews der Wunsch nach mehr Eingriffsmöglichkeiten in die Freiheit eines psychisch kranken Menschen vernehmbar war. Allerdings soll das hier nicht als Ausdruck von Konservatismus und Paternalismus verstanden werden, sondern als Reaktion auf eine unmittelbare Betroffenheit, die aus direktem Kontakt mit Betroffenen resultiert! Kurz: die Befragten wissen, wovon sie reden, weil sie solche Situationen erlebt haben.

Frau Oberegger gewährt einen Einblick in die Schwierigkeit. „Und ich merke, dass es mich so hin und her reißt. Weil ich mir denke, wie viele schlimme Situationen hat es schon gegeben, wo wir wussten, wenn die Person nicht behandelt wird, wird sie das Wohnrecht verlieren. Dann ist sie auf der Straße.“

Und die Hilflosigkeit macht, dass man nach dem nächsten Strohalm greift, und der ist dann: warum wird die Person nicht eingeliefert?“ (Oberegger Interview). Die Hilfslosigkeit mag daraus resultieren, dass man nach Möglichkeiten sucht, die vielleicht nicht vorhanden sind, weil gesetzliche Rahmenbedingungen den Kontext strukturieren.

Der Wiener Jurist Martin Kind schreibt in der Presse eine Polemik, die im Kern den Nerv von Teilen der Wohnungslosenhilfe trifft. „Im freien Sozialfall“ wirft die Frage auf: Warum sind viele psychisch Kranke obdachlos, warum irren viele von ihnen verwahr-lost umher?“ Es scheint, als meint er damit das Ende der „Verwahr-Psychiatrie“, die „Irre“ jetzt entlässt, woraufhin sie durch ihr Umherirren sichtbar werden. Es ist das Recht, sagt er, das zulässt, dass Menschen ihre Wohnung verlieren, alles verlieren und auf der Straße landen. Es gibt Menschen, die können nicht erkennen, dass sie krank sind. Daher nehmen sie auch keine medikamentöse Behandlung in Anspruch (die Presse vom 11.1.08).

Susanne Peter bekräftigt die Aussage von Rudolf Forster, wonach chronisch Kranke und Arme eher zu Opfern einer modernisierten psychiatrischen Versorgung werden.

„Die Psychiatriereform war positiv. Aber unser Klientel fällt durch den Rost, weil Eigengefährdung schwer nachweisbar ist. Oder viele sagen, da greifen sie nicht zu. Oder die Polizei sagt, der Amtsarzt tut eh nichts. Die Frage ist immer: Zahlt sich der Aufwand aus? Es kann passieren, dass sich eine Einweisung über Stunden zieht. Dann ist der Klient fünf Minuten auf der Psychiatrie. Dort ist er angepasst, so dass die Ärzte sagen: „Wenn Sie sind nicht freiwillig bleiben, können Sie wieder gehen.“ Und dann überlegt man sich, ob man die fünf Stunden investiert, wenn das der Output ist“ (Peter Interview).

Werner Opat berichtet ebenfalls von Erfahrungen mit Einweisungen: „Ich finde es zum Teil gar nicht so schlecht, muss ich sagen, wenn ich kämpfen muss. Dieses Gesetz ist im Einzelfall immer wieder neu auszulegen für den Amtsarzt“ (Opat Interview).

Susanne Peter und Werner Opat nennen hier einige der Akteure, die im Rahmen einer Unterbringung in die Psychiatrie relevant und vorgesehen sind und schildern dabei auch in Ansätzen den mehrstufigen Prozess, der einer Einweisung vorangeht.

13.2. Anhaltebestimmungen

Am 1. Jänner 1991 ist das Unterbringungsgesetz (Ubg) in Kraft getreten. Die Einführung des Gesetzes war von heftigen Auseinandersetzungen begleitet, in denen es vor allem um die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker und die Verbesserung ihrer rechtlichen Lage ging. (Eine ausführliche Darstellung der politischen Rahmenbedingungen der Gesetzwerdung findet sich in Forster, Rudolf (1997), Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle). Im folgenden wird dieses Gesetz mit UbG zitiert.

Bereits seit 1982 befasste sich der Nationalrat mit der Änderung von Anhaltebestimmungen. Der Justizausschuss hatte sich am 7. Oktober 1988 dieser Thematik angenommen und stellte fest, dass „viele Kranke, die weder sich noch andere gefährden, dringend eine angemessene Behandlung und Betreuung benötigen. Er geht aber davon aus, dass diesen Bedürfnissen im Rahmen moderner, leistungsfähiger und ausreichend ausgestatteter psychiatrischer und sozialer Dienste und Einrichtungen Rechnung getragen werden kann, ohne daß in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen eingegriffen werden muss“ (Bericht des Justizausschusses o.J.:5).

9% aller Aufnahmen beziehungsweise Aufenthalte an Abteilungen für Psychiatrie in Wien erfolgen gemäß Unterbringungsgesetz ohne Verlangen. In Wien war seit 1991 ein stetiger Zuwachs zu beobachten. Waren es in den Jahren 1991-1995 noch durchschnittlich 57 pro 100.000 EinwohnerInnen, so stieg die Zahl im Jahr 2000 auf 119 pro 100.000. Diese Zahl stammt aus dem von der Stadt Wien herausgegebenen Psychiatriebericht (Stadt Wien: Psychiatriebericht 2004:27). Bereits an anderer Stelle wurde festgehalten, dass statistisches Zahlenmaterial den Eindruck von Objektivität und Neutralität vermittelt. Subjektiv und parteiisch soll daher der „Fall“ der Frau aus dem Stiegenaufgang als eine von 100.000 aus dem Jahr 2009 vorgestellt werden.

13.3. Der „Fall X“ aus dem Stiegenaufgang

Die Beteiligten:

Zwei Institutionen: Psychosozialer Dienst (PSD) und Gruft

Eine Krankenschwester des PSD und der diensthabende Psychiater des PSD Notdienst.

Ein Krankenpfleger und eine Sozialarbeiterin aus der Gruft.

Zwei Streifenpolizisten, einer älter, einer jünger.

Der Kommandant des Kommissariats.

Die Nachbarin.

Die Amtsärztin.

Zwei jüngere Sanitäter.

Frau X.

Inzwischen sind zwei Monate vergangen, seit die Delogierung der Frau X aus ihrer Wohnung vorläufig ausgesetzt wurde. Wie die Nachbarin berichtet, kommt Frau X täglich am späten Abend ins Haus, verbringt die Nacht im Sitzen auf der Stiege vor ihrer Wohnung und verlässt das Haus früh morgens. Sie wird immer in der selben Kleidung gesehen, ist mager und stark verwahrlost. Der Verdacht der Tuberkulose wurde bislang nicht bestätigt oder verworfen. Um 23 Uhr verständigt die Nachbarin wie vereinbart den PSD Notdienst, als Frau X das Haus betritt und sich auf der Stiege nieder lässt. PSD und Gruft fahren gemeinsam in das für die Adresse zuständige Kommissariat und bitten den Kommandant um Unterstützung für eine Einweisung der Frau in die Psychiatrie. Das Argument lautet, dass sie sich selbst und andere gefährdet, sollte sie tatsächlich an Tuberkulose leiden.

Laut §3 Abs.1 und 2 UbG darf in einer Anstalt nur untergebracht werden, wer an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.

Der Fall X ist der Polizei bereits bekannt. Man geht davon aus, dass die Nachbarn die Frau „wegsperren“ lassen wollen. Außerdem sagt das Gesetz, dass es sich bei der Voraussetzung einer Unterbringung um eine psychische

Erkrankung handeln muss, was Tuberkulose natürlich nicht ist. Seitens der Polizei besteht aber doch Interesse, an der sich stellenden Situation etwas zu ändern. Zwei Beamte begleiten schließlich die beiden sozialen Dienste ins Wohnhaus. Primär geht es darum, die Frau daran zu hindern weg zu laufen.

Sechs Personen treten der Frau schließlich gegenüber. Sie sagt, lassen Sie mich in Ruhe. Der Psychiater bietet ihr an, die Rettung zu rufen und ein Bett in einem Krankenhaus zu organisieren. Sie ist in sich zusammen gesunken und schweigt. Die Nachbarin kommt dazu, redet eine Zeit auf sie ein und will sie überzeugen in ein Spital mitzufahren. Frau X reagiert nicht.

§8 UbG stellt fest, dass eine Person gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine Anstalt gebracht werden darf, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen und die einzelnen Gründe anführt.

Nur die Polizei ist ermächtigt einen Amtsarzt zu rufen und sie tut es schließlich. Der ältere Polizist ist skeptisch. Er geht davon aus, dass die Frau spätestens am nächsten Tag wieder hier ist. Es vergeht einige Zeit. Jeder Versuch, Kontakt mit Frau X herzustellen scheitert. Eine Amtsärztin kommt hinzu.

Sieht ein Amtsarzt die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht als gegeben, so darf die Person nicht mehr angehalten werden. Allerdings eröffnet §9 Abs. 2 UbG die Möglichkeit, dass bei „Gefahr im Verzug“ die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die Person auch ohne Untersuchung durch einen Amtsarzt in eine Anstalt bringen können. Das ist hier nicht der Fall.

Die Amtsärztin möchte wissen, was die Voraussetzungen für eine mögliche Unterbringung sind. Der Psychiater führt den Verdacht der Tuberkulose an. Die Kollegin entgegnet, dass in so einem Fall die Psychiatrie nicht zuständig sei.

Man schildert die soziale Situation, wissend, dass das Unterbringungsgesetz kein Instrument der Fürsorge sein darf. Die Amtsärztin versucht mit Frau X zu sprechen. Diese reagiert wiederum in keiner Weise. Der Psychiater weist auf die katatoniforme Symptomatik hin. Daraus leitet die Amtsärztin eine mögliche Eigengefährdung ab. Sie unterschreibt die Transportbescheinigung und geht.

Diese Formalität bedeutet für die Polizei, dass sie Verantwortung trägt, Frau X auf die Psychiatrie begleiten zu müssen.

Eine solche Bescheinigung ist weder ein Bescheid noch ein Gutachten, sondern

Ausübung unmittelbarer hoheitlicher Befehls- und Zwangsgewalt. Dagegen kann man den unabhängigen Verwaltungssenat anrufen (OGH 30.5.2000, 1 ob 130/00z in: Schwamberger 2001: 2).

Zwei Rettungssanitäter mit Handschuhen und einem Sessel treten der Frau gegenüber. Sie reden wohlwollend auf sie ein und bitten Frau X, sich auf den Sessel zu setzen. Diese verharrt weiterhin in ihrer Position. Einige Zeit vergeht, die Stimmen werden ungeduldiger. Die Polizei sieht sich veranlasst einzugreifen. Die beiden Polizisten und die Sanitäter greifen nach der Frau und heben sie auf den Sessel. Sie beginnt sich zu wehren und um Hilfe zu schreien. Es misslingt, sie mit den Gurten am Sessel fest zuschnallen. Der Psychiater deutet dem jüngeren Polizisten, Handschellen zu verwenden. Nach weiteren gescheiterten Versuchen die Frau festzuhalten legt er ihr Handschellen an und sie wird am Sessel festgebunden. Frau X schreit weiter um Hilfe und ruft nach den Nachbarn. Sie wird aus dem Haus getragen. Die Polizisten begleiten sie in der Rettung in die stationäre Psychiatrie.

Sobald die Person im Krankenhaus ist müssen zwei Fachärzte sie untersuchen. Die Person darf nur untergebracht werden, wenn die Ärzte bei nach übereinstimmenden, unabhängig voneinander erstellten ärztlichen Zeugnissen zu dem Schluss kommen, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen (§10)

Im Fall einer Unterbringung muss der Abteilungsleiter einen Patientenanwalt verständigen. (§10 Abs 3). Der Patientenanwalt wird mit der Aufnahme eines ohne Verlangen untergebrachten Kranken dessen Vertreter für das im UbG vorgesehenen gerichtlichen Verfahren. (§14). Darüber hinaus muss vom Abteilungsleiter das Gericht verständigt werden. §32 sagt, dass der Abteilungsleiter eine Unterbringung sofort aufzuheben hat, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

So weit zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen, durch die eine Einweisung in die Psychiatrie – und nur in die stationäre Psychiatrie – geregelt ist.

Oberhuber hat den Obdachlosen als ein Substrat der Fokussierung von Biomacht und Gesetzesmacht beschrieben (Oberhuber 1998:25). Im Kontext

Unterbringung oder nicht, Einweisung oder Ausschließung wird dieses Prinzip deutlich vor Augen geführt. Das Fallbeispiel zeigt welche Möglichkeiten jedem der beteiligten Akteure in diesem Prozess zur Verfügung stehen. In diesem Fall wurde massiv in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen eingegriffen. Laut Rose besteht die Aufgabe der modernisierten Psychiatrie darin, Individualität wieder herzustellen und nicht zu zerstören. Eine kurze Periode mit Zwang muss gegen eine lange Periode von Autonomie abgewogen werden (Rose 1985:204).

14. Repolitisierung

Anne Lovell schreibt, dass die italienische Psychiatrie-Reformbewegung, untrennbar mit dem Namen Basaglia verbunden, ein sehr klares Bewusstsein von der Untrennbarkeit von Hilfe und Kontrolle hatte. Die kontrollierende Seite psychiatrischer Intervention sollte durch eine Demokratisierung in das Innere der Einrichtungen und in den gesellschaftlichen Bereich insgesamt in der Waage gehalten werden (Lovell&Scheper-Hughes in Forster 1997:82f).

Das Argument dieser Arbeit lautet, dass sich das Soziale verändert. Wir befinden uns in einer Situation radikalen sozialen Wandels. Werden die psychisch kranken Obdachlosen mehr, oder werden diese Menschen anders wahrgenommen? Michel Foucault bietet eine interessante Analogie aus der Geschichte: „Man wird nicht müde zu wiederholen, daß der Wahnsinn zunimmt. Es ist schwierig, mit Sicherheit festzustellen, ob die Zahl der Wahnsinnigen tatsächlich im Laufe des achtzehnten Jahrhundert gewachsen ist, das heißt in einem größeren Verhältnis als die Gesamtheit der Bevölkerung. Diese Zahl wird für uns erst von Internierungsziffern her wahrnehmbar, die nicht notwendig repräsentativ sein müssen, sowohl weil die Motivation der Internierung oft dunkel bleibt, als auch weil die Zahl derer immer größer ist, die man als Irre anerkennt, die zu internieren man aber verzichtet“ (Foucault 1969:391).

Diese Arbeit hatte sich zum Ziel gesetzt der Frage nachzugehen, wie psychisch kranke Obdachlose regiert werden. Dazu wurde das Konzept der Gouvernamentalität herangezogen. Regieren bedeutet hier den Komplex aus Institutionen, Diskursen und Praktiken, die auf den Kontext des Einzelnen Einfluss nehmen und die Möglichkeiten strukturieren.

Der Ansatz war, dass Subjekte durch die Diskurse erzeugt und geformt werden. Daher wurde danach gesucht, wer darüber spricht und ein Problem feststellt. Es wurden die Akteure identifiziert und unter den Komplex Biomacht gefasst. Der Fokus lag auf dem professionellen und institutionalisierten

Wohnungslosenhilfesystem. Subjekte zu regieren bedeutet hier, Macht auszuüben und aus dem Menschen etwas zu „machen“, nämlich einen „normalen“ Bürger. Diese Normalisierung wird geläufig als Reintegration gedeutet. Hier wurde klar, dass die Konstruktionen sehr heterogen und mit einer Fülle von Werthaltungen behaftet sind. Die eigenen Werthaltungen können in diesem Kontext nicht verborgen werden. Es sollte bemerkbar sein, dass die Auswahl der Interviewpartner, der zitierten Passagen aus den Gesprächen, der Dokumente und der Literatur meine Theorie widerspiegelt.

Die Dokumente lassen eine zeitliche Einordnung der Konjunktur der Debatte zu. Mit geringerem Anspruch sind sie Zeugnis dafür, dass das Thema zu einem bestimmten Zeitpunkt real, beachtet und wichtig war.

Die geführten Interviews wurden so bearbeitet, dass sie nieder geschrieben wurden. Sie haben eine Quelle geboten, aus ihnen Momente zu entziehen um eine Geschichte zu erzählen, die mit einer anderen Gewichtung der Textpassagen sicherlich anders geklungen hätte.

Die eigene Rolle, distanzierend als teilnehmende Beobachtung inszeniert, im Eingemachten aber ständig auf der Hut nicht aus der Rolle zu fallen.

Es gibt einige Stimmen, die in der Verarbeitung von Information untergegangen sind. Rita Leber, die Leiterin der Heilsarmee ist kein claim maker. Sie sieht keine Veranlassung das Thema zu problematisieren. Sie erzählt von ursprünglich hohen Erwartungen an den „Psychiater des Hauses“, das „unmoralische“ Verhalten von Obdachlosen ändern zu können und vom langsamen Loslassen dieser Vorstellungen. Sie erwähnt, dass es natürlich ist, das, was man selbst als angenehm und schön empfindet, auch vom anderen und im Fremden geschätzt sehen zu wollen und, dass es mit Enttäuschung verbunden ist zu erkennen, dass der Andere eben nicht gleich ist.

Eine weitere Stimme gehört einem Fachkollegen, einem Sozialpädagogen. Er verfasste seine Diplomarbeit über Hierarchie und Demokratie in sozialen Einrichtungen. Es dauert noch Zeit, bis gewisse Mächte verschwunden sind, und er aus der Obdachlosigkeit zurück kann. Er sieht sich als einer, der sozial positives Verhalten vorleben *muss*, auch wenn ihn das, solange er wach ist gänzlich in Anspruch nimmt.

Dann gibt es eine Begegnung mit einer Frau, deren Name nicht anonymisiert

werden braucht, weil er nicht bekannt werden musste. Sie schläft eher im Freien, als dass sie in eine Notunterkunft geht weil sie weiß, dass die anderen Frauen dort in Not sind, und sie sich vor dieser Not nicht abgrenzen müssen will.

Das Ziel der Studie war der Frage nach zu gehen, ob das Thema ein issue oder ein non-issue ist; ausgehend davon, wer sagt, dass es ein Problem gibt. Das Hilfesystem, verstanden als Biomacht problematisiert. Ein Diskursstrang meint, dass eine Reform der Psychiatriereform notwendig sei. Aber was bedeutet das? Tendenzen, Menschen wegzusperren, zu re-institutionalisieren...? Foucault schreibt vom Jahr 1789, einer Zeit, in der der gesellschaftliche Raum umstrukturiert wurde. In solchen Zeiten dürfte es besonders schwierig sein einen Platz zu finden, den der Wahnsinn darin einnehmen soll (Foucault 1969:441).

Die Lösung des Problems liegt nicht darin zu sagen, diese Menschen sind krank und die Medizin soll sie wieder funktionsfähig machen. Das Problem liegt meiner Einschätzung nach darin, dass Biomacht merkt, dass Veränderungen stattfinden und erkennt, dass Schicksale von Menschen nicht managebar sind; außer durch Disziplinarmacht. Nikolaus Dimmel spricht von der Wiederkehr des autoritären Wohlfahrtsstaats (Dimmel 2006). Die Frage, was soll mit psychisch kranken Obdachlosen „gemacht“ werden, was soll man tun ist dann umso brisanter, wenn man davon ausgeht, dass diese Menschen nicht integrierbar sind, und wenn sie es vielleicht doch sind, kostet das Geld und vor allem Zeit. Es gibt kein Programm, das das bewerkstelligen könnte, sondern nur Menschen.

15. Literaturverzeichnis

Bacchi, Carol Lee (1999), Women, policy and politics: the construction of policy problems. London (u.a.) Sage:32-64.

BAWO (1998), Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wien 1998.

BAWO (2002) Fachtagung 10.-12. April 2002. Windischgarsten.

BAWO Protokolle vom 9.12.2002.

Bericht des Justizausschusses, 1202 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP.

Bettinger, Frank (2007), Diskurse – Konstitutionsbedingungen des Sozialen. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007: 75-90.

Birkland, Thomas A. (2007), Agenda Setting in Public Policy. In: Fischer, Frank; Miller, Gerald J.; Sidney, Mara S. Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods. Taylor&Francis Group. Boca Raton, London, New York. 63-78).

Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hrsg.)(2000), Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main.

Bünting, Karl-Dieter; Karatas, Ramona (Hrsg) (1996), Deutsches Wörterbuch, Isis Verlag AG, Chur/Schweiz.

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (UbG). BGBl Nr. 155/1990. NR: GP XVII RV 464 AB 1202 S.13.

Caritas Wien (2001), Internes Arbeitspapier, Juni 2001 (nicht veröffentlicht).

Caritas Wien (2005) (Hg.), unfrei_willig ausgegrenzt. Zwischen seelisch belastet und psychisch krank. Caritas Wien. September 2005.

Caritas (2005), Auftakt Protokoll. Caritas Wien. (nicht veröffentlicht).

Castel, Robert (1991), From Dangerousness to Risk. In: Burchell, Graham; Gordon, Colin; Miller, Peter. The Foucault Effect. Studies in Governmentality. Harvester Wheatsheaf. p. 281-298.

Castel, Robert (2005), Die Stärkung des Sozialen. Leben im neuen Wohlfahrtsstaat. Hamburger Edition 2005.

Conrad, Peter; Schneider, Joseph W. (1992), Deviance And Medicalisation. From Badness to Sickness. Temple University Press. Philadelphia.

Cremer-Schäfer, Helga (2008), Situationen sozialer Ausschließung und ihre Bewältigung durch die Subjekte. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hrsg), Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008: 161-178.

Digester, Peter (1992), The Fourth Face of Power. In: The Journal Of Politics, Vol. 54, No.4, November 1992. University of Texas Press.

Dimmel, Nikolaus (2006), Verbetriebswissenschaftlichung, Professionalisierung und sozialpolitisches (Doppel)Mandat – ein Bermuda-Dreieck der Sozialen Arbeit? URL: www.sozialarbeit.at (5.4.2006).

Dimmel, Nikolaus (2006), Politik der inneren Sicherheit. In: Dachs/Gerlich/Gottweis/Kramer/Lauber/Müller/Talos (Hrsg). Politik in Österreich. Das Handbuch. 637-651.

Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Wendt, Frank (2002), Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Verlag. Bonn.

Eitel, Gerhard; Schoibl, Heinz (1999), Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich. BAWO Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Wien 1999.

Fischer, Frank (2003), Reframing Public Policy. Discursive Politics and Deliberative Practices. Oxford University Press.

Fonds Soziales Wien (2006), Spezifische Förderrichtlinie für die Unterbringung und Betreuung wohnungsloser Menschen. Wien.

Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (Hrsg) (1990), Psychiatriereform und Sozialwissenschaften. Erfahrungsberichte aus Österreich. Facultas-Universitätsverlag Ges.m.b.H.Wien.

Forster, Rudolf (1997), Psychiatriereform zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: eine kritische Bilanz. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen.

Foucault, Michel (1969), Wahnsinn und Gesellschaft. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Foucault, Michel (2005), Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main 2005.

Galuske; Michael; Rosenbauer, Nicole (2008) in: Bakic, Josef; Diebäcker, Marc; Hammer, Elisabeth (Hrsg). Aktuelle Leitbegriffe der sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Löcker GesmbH, Wien.

Geiger, Manfred (2008), Wohnungslosigkeit, sozialer Ausschluss und das Projekt der Integration. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008: 385-398.

Gottweis, Herbert; Braumandl Elisabeth (2006), Gesundheitspolitik. In:

Dachs/Gerlich/Gottweis/Kramer/Lauber/Müller/Talos (Hrsg). Politik in Österreich. Das Handbuch. 753-767.

Gottweis, Herbert; Hable, Wolfgang; Prainsack, Barbara; Wydra, Doris (2004), *Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich*. Böhlau Verlag.

Gottweis, Herbert (2003), *Theoretical Strategies of poststructuralist policy analysis: towards an analytics of government*. In: Hajer, Maarten; Wagenaar, Hendrik (Hg.): *Deliberative policy analysis: understanding governance in the network society*. Cambridge: Cambridge University Press 2003:247-265.

Graber, Doris; Gutlederer, Kurt; Neumayer, Christian; Penz, Adelheid (2005), *Wiener Wohnungslosenhilfe 2004. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen*. Wien. 2005.

Graber, Doris; Haller, Roland; Penz, Adelheid (2008), *Wiener Wohnungslosenhilfe 2006 und 2007. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen*. Wien. 2008.

Herbst, Kerstin; Schneider, Stefan (2003), *Rezension vom 30.6.2003 zu: Nouvertné/Wessel/Zechert (Hrsg): Obdachlos und psychisch krank*.in: <http://www.socialnet.de/rezensionen/496.php>,

Hughes, Bill (2005), „What Can a Foucauldian Analysis Contribute to Disability Theory?“ In: Tremain Shelley (Hg.): *Foucault and the Government of Disability*. The University of Michigan Press. 2005: 78-92.

Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg) (1996), *Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank*. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Kind, Martin (2008), *Im freien Sozialfall* in: die Presse vom 11.1.2008.

Lamnek, Siegfried (2005), *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Lyon-Callos, Vincent (2000), in: Medical Anthropology Quarterly 14(3):328-345. American Anthropological Association.

Kolland, Franz (2008), Norm und Abweichung. In: Bakic, Josef; Dieböcker, Marc; Hammer, Elisabeth (Hg.). Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Erhard Löcker GesmbH, Wien 2008.

Kronauer, Martin (2002), Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Campus Verlag GmbH, Frankfurt / Main.

Lipsky, Michael (1980), Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. Russell Sage Foundation. New York, NY.

Litschauer, Sabina (2006), An in depth view on mentally disordered and homeless women with a focus on day care offers, expectations, needs and livelihood strategies. Diplomarbeit. (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe. Wien.

Lovell, Anne M. (1997), „The City Is My Mother“: Narratives of Schizophrenia and Homelessness. In: American Anthropologist, New Series, Vol. 99, No. 2 (Jun., 1997):355-68.

Miller, Donald F. (1985), Social Policy. An Exercise in Metaphor. In: Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization, Vol.7 No.2, December 1985 191-215. Sage Publications, Inc.

Naue, Ursula (2005), Biopolitik der Behinderung: die Macht der Norm und des „Normalen“. In: Politix 19/2005:7-12.

Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf (Hrsg) (2004), Lexikon der Politikwissenschaft. Band 1, Verlag C.H. Beck, München.

Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf (Hrsg) (2004), Lexikon der Politikwissenschaft. Band 2, Verlag C.H. Beck, München.

Nouvertné, Klaus, Wessel, Theo; Zechert, Christian (Hg.) (2002), Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Oberegger, Manuela (2007), Arbeits- und Umsetzungsprogramm zur Wohnversorgung von psychisch kranken Wohnungslosen. Wieder Wohnen. Fonds Soziales Wien.

Otto, Hans-Uwe; Ziegler, Holger (2008), Sozialraum und sozialer Ausschluss. Die analytische Ordnung neo-sozialer Integrationsrationalitäten in der Sozialen Arbeit. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008: 129-160.

Policy Papier (2008) AutorInnen: Oberegger, Gusenleitner, Litschauer, Partl (2008), Wohnungslosenhilfe und psychiatrische Angebote. Getrennte Systeme statt vernetzte Hilfe.

Porter, Roy (2005), Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Dörlemann Verlag AG, Zürich.

Presseaussendung von BAWO und Augustin (2003), vom 7.2.2003.

Psychosoziale Dienste Wien (2006), Psychiatrische Liaisondienste der Psychosozialen Dienste in Wien zu Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Einjahresbericht Mai 2005-Juni 2006. Wien.

Rabinow, Paul (Hrsg) (1984), The Foucault Reader. Pantheon Books. New York.

Rose, Nikolas (1985), Unreasonable Rights: Mental Illness and the Limits of the Law. In: Journal of Law and Society, Vol 12, No. 2 (Summer, 1985): 199-218.

Rose, Nikolas (1999), Powers of Freedom: Reframing political thought. Cambridge University Press.

Rose, Nikolas (2000), Biological psychiatry as a style of thought. Workshop on Metaphors and Models in the Human Sciences. Princeton University. December 2000.

Rabinow, Paul; Rose, Nikolas (2003), Thoughts On The Concept Of Biopower

Today. <http://www.lse.ac.uk/collections/sociology/pdf/RabinowandRose-BiopwerToday03.pdf>. 11.11.2008

Rose, Nikolas & Novas, Carlos (2005), „Biological citizenship“. In: Ong Aihwa & Stephen J. Collier (Hg.): Global Assemblages. Technology, politics, and Ethics as Anthropological Problems. Blackwell Publishing. 2005: 439-463.

Ruoff, Michael (2007), Foucault – Lexikon. Entwicklung-Kernbegriffe-Zusammenhänge. Wilhelm Fink Verlag 2007.

Salzburger Wohnungslosenhilfetagung. In: Schoibl, Heinz; Holzer, Christian; Krammer, Norbert; Gölzner, Richard (Hg.) Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg. Mai 1999.

Scharinger, Christian (1993), „Du wüsst wissn, wo i schlof? Zur Situation von akut Obdachlosen in Wien. Eine Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften (IFS) im Auftrag der MA 12 der Stadt Wien. Wien 1993.

Schoibl, Heinz; Holzer, Christian; Krammer, Norbert; Gölzner, Richard (1999), Psychisch krank und wohnungslos? Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg.

Schön, Donald A.; Rein, Martin (1994). Frame Reflection. Toward the Resolution on Intractable Policy Controversies. Basic Books.

Schubert, Klaus; Bandelow, Nils C. (Hrsg) (2003), Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Schwamberger, H.: Praxisfälle im Zusammenhang mit dem UbG.2001 in <http://www.uni.rdb.at>

Stadt Wien (Hg.), Wiener Psychiatriebericht 2004. AutorInnen: Gutierrez-Lobos, K; Trapple, E. Wien 2006.

Stehr, Johannes (2007), Normierungs-und Normalisierungsschübe – Zur Aktualität des Foucaultschen Disziplinbegriffes. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine

kritische Einführung und Bestandsaufnahme. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007: 29-40.

Stone, Deborah A. (1989), Causal Stories and the Formation of Policy Agendas. In: Political Science Quarterly, Vol. 104, No.2, 281-300.

von Kardoff, Ernst (2008), Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht? In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008: 291-317.

Watzlawick, Paul (1992), Vom Unsinn des Sinns oder Vom Sinn des Unsinn. Piper Verlag GmbH, München.

Wehrheim, Jan (2006), Die überwachte Stadt – Sicherheit, Segregation und Ausgrenzung. Verlag Barbara Budrich. Opladen.

Wetschka, Christian (2007), Wohnungslos und psychisch krank. Fragen an das System. Referat bei BAWO Fachtagung.

Winter, Max (2006), Expeditionen ins dunkelste Wien. Picus Verlag Ges.m.b.H.Wien.

Yanow, Dvora (2000), Conducting Interpretive Policy Analysis. Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods, Vol.47. Thousand Oaks, CA: Sage.

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, wie psychisch kranke Obdachlose regiert werden und wie Macht im Anschluss an Michel Foucault auf der Mikroebene auf sie einwirkt. Die Analyse basiert auf dem Konzept der Gouvernementalität.

Obdachlose werden als Substrat einer Fokussierung von Biomacht verstanden, produziert durch die Diskurse, die über sie geführt werden. Das System der professionell institutionalisierten Wohnungslosen-Hilfe wird als Biomacht identifiziert. Es soll zur „Normalisierung“ abweichenden Verhaltens beitragen und problematisiert auftretende Schwierigkeiten.

Ein Policy Papier aus dem Wohnungslosen-Hilfesystem bildet den empirischen Ausgangspunkt und den Abschluss eines Politikprozesses der Problemformulierung. Der qualitative Forschungsprozess ist der Frage nach dem „Problem“ an sich und den beteiligten Akteure nachgegangen. Es wurde gezeigt, dass es unterschiedliche Konstruktionen gibt, die unterschiedlich verhaltenswirksam werden.

Psychisch krank wird hier nicht durch ein medizinisches Modell erklärt, sondern als soziales Konstrukt verstanden. Im nächsten Schritt wurde gefragt, ob eine Medikalisierung eines sozialen Problems stattfindet und bejaht.

Der Kontext, in dem sich das Thema bewegt, ist gegenwärtig ebenfalls Veränderungen unterworfen. Die „Entdeckung“ der Problematik „psychisch krank und obdachlos“ ist im Zusammenhang mit diesen Veränderungen, die als Ökonomisierung des Sozialen bezeichnet werden können, zu verstehen.

Auf der Mikroebene zeigt sich: Wo die Definition einer sozialen Randgruppe ausschließlich innerhalb eines medizinischen Systems stattfindet, führt dies auf der sozialen Ebene zwangsweise zu einer Logik von Einschließung und Ausschließung.

16. Anhang

C U R R I C U L U M V I T A E

19. Aug. 1979	geboren in St. Michael im Lungau / Salzburg
1989-1997	Bundesgymnasium Tamsweg Reifeprüfung abgelegt am 17. Juni 1997
1997-2000	Akademie für Sozialarbeit des Landes Oberösterreich Diplomarbeitsthema: „Unbetreubare Klienten? Konzepte, Möglichkeiten und Probleme in der Betreuung psychisch kranker Wohnungsloser.“ Diplomprüfung am 9. Oktober 2000 abgelegt.
seit 18. Dez. 2000	als Diplomsozialarbeiterin im Betreuungszentrum Gruft der Caritas Wien beschäftigt.
2003-2004	Studium der Rechtswissenschaft
2004-2009	Studium der Politikwissenschaft