

# Theoretischer Bezugsrahmen zur Untersuchung der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten

von Günter Albrecht, Hans-Josef Ingenleuf, Burkhard Wilm,  
Bernward Vieten, Pablo Zamora und Christoph Günter

## **Abstract**

*Deinstitutionalization of former long-term psychiatric patients can be seen from very different perspectives. On the one hand, it can be interpreted as a consequent application of anti-psychiatric and labeling theoretical arguments. On the other hand, it can be interpreted as a strategy of western welfare societies to solve problems of the fiscal crises of the state -ignoring the risk of damaging effects for the bulk of long-term patients. In many parts of Germany those institutions that are responsible for the services for the mentally ill are planning to reduce the number of institutional places for long-term mental patients drastically and to de-institutionalize as many patients as possible. The following paper resulted from an evaluation study of the process of deinstitutionalization in Eckardtsheim near Bielefeld, Germany. The first part, presented here, develops a theoretical frame of reference for the empirical analysis whose results will be published in the next volume.*

## **Zusammenfassung**

*Die Enthospitalisierung von psychisch kranken Langzeitpatienten kann von sehr verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden. Zum einen kann man sie deuten als die konsequente Anwendung anti-psychiatrischer und labeling-theoretischer Argumente. Zum anderen kann man sie betrachten als Teil der Strategie westlicher Wohlfahrtsstaaten, ihre fiskalische Krise zu lösen - ohne Rücksicht auf die damit verknüpften Risiken für die Mehrheit der psychiatrischen Langzeitpatienten. In Deutschland entwickeln viele der für die Versorgung der psychisch Kranken zuständigen Stellen Überlegungen, die Zahl der Betten/Plätze für Langzeitpatienten drastisch zu reduzieren und möglichst viele Patienten aus den Kliniken und Heimen zu entlassen. Der folgende Aufsatz resultiert aus einer Untersuchung zur Evaluation der Enthospitalisierung psychisch kranker Langzeitpatienten in Eckardtsheim (Bielefeld). Wir stellen hier den theoretischen Bezugsrahmen dieser Untersuchung vor, aus der im nächsten Jahrgang empirische Ergebnisse berichtet werden.*

## **1. Einordnung des Problems**

Seit nunmehr ca. drei Jahrzehnten erleben wir in der Sphäre der psychosozialen Versorgung und der sozialen Kontrollinstanzen insgesamt eine neue Phase des heftigen Ringens um die Frage der angemessenen inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung der Erbringung der entsprechenden Dienstleistungen und/oder Kontrollfunktionen. Besonders massiv fiel dieses Ringen im Bereich des Strafvollzugs, der

Versorgung Nichtseßhafter, Obdachloser, Wohnungsloser sowie vor allem in der psychiatrischen Versorgung aus.<sup>1</sup> Für alle diese Bereiche läßt sich jedoch zeigen, daß es auch früher massive Skandalisierungs- und Problematisierungswellen und daraus resultierende Reformbewegungen gegeben hat (vgl. z.B. als kurzen Überblick über die deutsche Situation im ausgehenden 19. Jahrhundert im Bereich der Psychiatrie Blasius 1980: 124-138), die wir hier jedoch nicht historisch aufarbeiten können.<sup>2</sup> Immerhin sollte erwähnt werden, daß es selbst den Kampfbegriff der „Antipsychiatrie“ schon um die Jahrhundertwende gab (vgl. Beyer 1909, 1912; als umfangreichere Darstellung Albrecht 1995).

Im folgenden möchten wir uns auf ein Projekt aus dem Bereich der Psychiatrie beschränken, bei dem es um die Analyse der Effekte der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten geht. Dessen Entwicklung ist vor dem Hintergrund der oben angesprochenen Debatten zu sehen, die wir daher in aller Kürze ansprechen müssen.

Seit Mitte der 50er Jahre wurde für England und Wales sowie die USA und seit Mitte der 60er Jahre für die Bundesrepublik Deutschland, so z.B. für die Rheinischen Landeskliniken, zunächst eine Stagnation, dann eine sehr deutliche Reduktion der Psychiatriekrankenbetten bei einer sehr starken Steigerung der Aufnahmen berichtet (vgl. in bezug auf die USA und Großbritannien Scull 1980: 82-95; in bezug auf das Rheinland Bauer/Engfer 1991: 508-513, insbes. 510-511). Um die Erklärung und Bewertung dieser knapp angedeuteten Entwicklungen gibt es eine sehr leidenschaftliche, theoretisch und gesellschaftspolitisch brisante Debatte.

Während eine große Zahl von Autoren dazu neigt, diese Entwicklung auf den Umstand zurückzuführen, daß durch die Einführung der Psychopharmaka eine schnellere Heilung bzw. Bewältigung psychischer Krankheiten bzw. Krisen möglich geworden sei, die bei steigenden Einweisungszahlen aber sehr viel kürzeren Hospitalisierungsepisoden einen Abbau der Krankenhausbetten für psychisch Kranke ermöglicht habe (vgl. als erste Brill/Patton 1957; vgl. zu diesen Arbeiten Swazey 1974), sieht eine andere Richtung in dieser Entwicklung einen Niederschlag der labeling-theoretisch begründeten institutionenkritischen Sozialpsychiatrie, die zu einer sehr neuartigen Sicht psychischer Krankheit und der positiven und negativen Effekte und Nebeneffekte der psychiatrischen Behandlung geführt habe (vgl. zu diesen neuen Sichtweisen Belknap 1956, Cumming/Cumming 1957, Goffman 1961).<sup>3</sup> Unter Orientierung an der Strategie der „Normalisierung“<sup>4</sup> schienen eine radikale Reduktion der Länge der voll-stationären Unterbringung und ein Ausweichen auf teil-stationäre oder ambulante Behandlung dringend geboten, wenn es irgendwie möglich war. Auf diese Weise sollten iatrogene Seiteneffekte der Behandlung möglichst vermieden oder zumindest minimiert werden. War einmal die Möglichkeit in den Blick genommen, daß bestimmte Anteile der Krankheitskarriere als unbeabsichtigte, aber unübersehbare Nebeneffekte der Behandlung in den traditionellen Strukturen verstanden werden können oder müssen, so ergab sich als Folge auch der Gedanke, daß jene große Gruppe von Patienten, die als chronisch psychisch kranke Langzeitpatienten in den eher beheimatungs- als

behandlungsorientierten Heimbereich verlegt worden waren, unter Umständen auch mit Lebensformen zurecht kommen könnte, die ihnen ein deutlich höheres Maß an Autonomie und Selbstverantwortung erlauben und abverlangen, vorausgesetzt man macht jene Effekte der „institutionellen Zurichtung“ (vgl. Goffmans Konzept der moralischen Karriere des psychiatrischen Patienten, Goffman 1961:125-167) ganz oder teilweise wieder rückgängig, die das Leben in einer „totalen Institution“ (Goffman 1961: 15-77, insbes. 15-33) langfristig mit sich bringt -gewollt oder ungewollt.

Drittens schließlich darf man jene gesellschaftskritische Position nicht übersehen, die die obigen Erklärungen der „Dekerkerisierung der Strafgefangenen und Irren“ entschieden zurückweist. Zum einen, so der besonders bekanntgewordene Autor Scull (1980: 103 f. ), läßt sich belegen, daß z.B. in den USA der Bettenabbau schon begann, bevor sich die vermeintliche Wirksamkeit der Psychopharmaka hätte zeigen können, die der Autor zudem unter Rückgriff auf ältere Literatur massiv in Zweifel zieht. So gesehen kann die Dekerkerisierung der Irren gar nicht durch die „Psychopharmakarevolution“ ausgelöst sein. Zum anderen verweist Scull darauf, daß die Kritik an der Psychiatrie und am Strafvollzug viel älter ist, ohne daß sich die Argumente wesentlich geändert hätten. Folglich würden sich die labeling-theoretisch orientierten „Anti-Psychiater“ gewaltig überschätzen, wenn sie sich selbst als Ursache dieser Bewegung ansähen - was sie aber eigentlich auch so explizit nie zum Ausdruck gebracht haben (G.A. et al.).

Sculls eigener Ansatz läuft auf eine einseitige polit-ökonomische Erklärung hinaus: Demnach hätten weder der medizinische/pharmakologische Fortschritt noch der kritische Impetus der theoretischen und empirischen Analysen der „klassischen Sozialpsychiatrie“ zu diesem radikalen Prozeß des Bettenabbaus und der massenhaften Entlassung der psychisch Kranken geführt, sondern der simple Umstand, daß die meisten westlichen, industriekapitalistischen Staaten im Zuge der Entwicklung zum Wohlfahrtsstaat in eine fiskalische Krise geraten seien, aus der sie nur durch drastische Leistungseinschränkungen - u.a. eben auch im Bereich der Vorhaltung und Unterhaltung großer psychiatrischer Kliniken- herauskommen zu können glaubten. Dabei seien die scheinbar wohlmeinenden Starthilfen für die entlassenen Patienten nichts anderes als Lockmittel gewesen, um die vielen zum Leben in Selbständigkeit unfähigen Patienten erst einmal los zu werden und sie dann ihrem Schicksal mehr oder weniger zu überlassen, an dem sie dann massenhaft scheitern.

Es kann hier nicht auch nur annähernd der Versuch gemacht werden, die vielen Diskussionen und scharfen Kontroversen aufzunehmen, die dieser wichtige Beitrag von Scull ausgelöst hat.<sup>5</sup> Scull selbst hat im Nachwort zur deutschen Ausgabe partiell auf einige Kritiker geantwortet und insbesondere eingestanden, daß seine Argumentation auf die Bereiche Psychiatrie und Strafvollzug wohl nicht in gleicher Weise paßt, dann allerdings eigentlich nur in bezug auf den Strafvollzug einerseits sein partielles Scheitern eingestanden, andererseits seine Argumentation zuzuspitzen versucht, indem er nun der Bewegung der Community correction bzw. der Di

version zu attestieren versucht, daß sie auf eine grandiose Ausweitung des Netzes der sozialen Kontrolle hinauslaufe. Diese von vielen „kritischen“ Kommentatoren immer wieder aufgestellte Behauptung hat sich in der Regel nur begrenzt empirisch stützen lassen, zumindest ist die Entwicklung ungleich differenzierter als hier unterstellt (vgl. dazu u.a. die diversen Bilanzen in Albrecht/Ludwig-Mayerhofer 1995).

Der Kommentar von Keupp et al. (1980: 187 ff.) zur deutschen Ausgabe stellt dagegen weitgehend auf den Psychatriebereich ab und konzentriert sich auf die Nutzenanwendung für die deutsche Diskussion. Dabei wird deutlich, daß Scull's Ideen sich auch hier als außerordentlich sperrig erweisen. Auf der einen Seite teilt Scull mit der labeling-theoretischen Position, in der er sich ursprünglich einmal selbst verortet hatte, die institutionskritische Perspektive, die letztlich nach radikalen Reformen in der Psychiatrie und ihren Funktionen verlangt, auf der anderen Seite kann er nicht akzeptieren, daß die Reformen einerseits große Teile der Patienten nach Schließung der Anstalten einem schweren Schicksal überlassen, andererseits gleichzeitig das „Kontrollnetz“ im Zuge der gemeindepsychiatrischen Bewegung immer weiter ausgedehnt wird.

Wie aber diese Überlegungen auf die deutsche Situation anwenden? Zur Zeit der Formulierung des Nachwortes sahen Keupp et al. nichts als Stagnation der Psychiatriereform, die zudem dann, wenn sie überhaupt in Gang kam, unter maßgeblicher Lenkung durch jene Personen gestaltet wurde, die das alte „Psychiatrie-Establishment“ repräsentierten und die im Grunde alte Denkweisen in die „neue Zeit“ hinübergerettet hätten. In bezug auf unsere Fragestellung stellen sie z.B. fest: „Auch solche Entwicklungen, die seit der Enquête als Tendenzen zur Veränderung der bestehenden Versorgungsstruktur aufgetreten sind, aber die man wohl nur zynisch als Psychiatriereform bezeichnen kann, werden hier gutgeheißen und gefördert. Gemeint ist die Abschiebung bestimmter Patientengruppen (chronische Patienten, Alterskranke oder geistig Behinderte) in den weitgehend privat organisierten Heimsektor, weil hier erheblich günstiger ‚verwahrt‘ wird. Die Logik der totalen Institution, ihr Hospitalismussyndrom und ihre Ausgrenzungsstrategie finden im Heimsektor ihre ungebrochene Fortsetzung im diffusen Dunkel des privaten Marktes, der einer öffentlichen Kontrolle fast vollständig entzogen ist“ (Keupp et al. 1980: 248)<sup>6</sup>.

Diese Bedenken hatten sicherlich ihre Berechtigung. Umso wichtiger ist es, jene Entwicklungen zu betrachten, in die in der neuesten Zeit auch der Heimbereich einbezogen worden ist, denn auch nun stellt sich die Frage, ob die oben artikulierte Befürchtung neuer Fehlentwicklungen für diesen nächsten Schritt der Reform, die Umgestaltung bzw. die Auflösung des Heimbereiches, wirklich unbegründet ist.

Diese verschiedenen theoretischen Sichtweisen der Enthospitalisierung und die sich daraus direkt oder indirekt ergebende sehr unterschiedliche Bewertung der Intentionen und der erwartbaren Folgen der Enthospitalisierung lassen es angeraten

erscheinen, die im Zuge der Umsetzung der Ergebnisse der mittlerweile schon fast legendären Psychiatrie-Enquête eingeschlagenen Maßnahmen und verschiedene scheinbar ad hoc in Angriff genommene massive Umstrukturierungsmaßnahmen unter dem Etikett der Enthospitalisierung sehr genau zu betrachten.

Einerseits scheint es sehr dringend geboten, sich Klarheit darüber zu verschaffen, was dafür spricht, daß Enthospitalisierung tatsächlich die ihr nachgesagten bzw. von ihr erwarteten Effekte haben könnte, zum zweiten wäre dringend geboten, systematisch zu prüfen, ob und wann diese Effekte tatsächlich empirisch auftreten.

Eine solche Analyse wiederum ist nur dann ertragreich zu gestalten, wenn zuvor Klarheit darüber erzielt worden ist, was denn unter „Enthospitalisierung“ zu verstehen ist. Dies ist besonders deshalb der Fall, weil hier der international und national beobachtbare Sprachgebrauch sehr vielfältig ist.

## 2. Begriffliche Klärung

In der Literatur wird der Enthospitalisierungsbegriff häufig implizit verwendet oder gänzlich vermieden und statt dessen von Ent- oder De-Institutionalisierung gesprochen (Minkoff 1987). Auch im angelsächsischen Sprachraum hat sich der Begriff ‚deinstitutionalization‘ durchgesetzt - mit den Konnotationen, die 1975 in der Definition von Brown, dem Direktor des amerikanischen National Institute of Mental Health, festgelegt wurden. Danach bezeichnet deinstitutionalization : „(1) the prevention of inappropriate mental hospital admissions through the provision of community alternatives for treatment; (2) the release to the community of all institutional patients who have been given adequate preparation for such a change; and (3) the establishment and maintenance of community support systems for noninstitutionalized persons receiving mental health services in the community“ (zitiert nach Bachrach 1976: 1).

Stark orientiert an struktur-funktionalistischen Analysen sozialer Systeme und ihrer Funktionen hat Bachrach (1976) schon sehr früh eine außerordentlich systematische Betrachtung jener Gesichtspunkte vorgelegt, die bei der Erklärung der Idee der Deinstitutionalisierung, ihrer Umsetzung und ihrer Folgen beachtet werden müssen. Aus einem organisationssoziologischen Blickwinkel macht sie zwei zentrale Merkmale der Deinstitutionalisierung im Bereich der Psychiatrie aus, nämlich einmal das relative Schrumpfen der traditionellen institutionellen Settings der Psychiatrie auf der einen Seite und die gleichzeitige Expansion der gemeindeorientierten Dienste auf der anderen Seite.

Ihre Entsprechung findet diese Auffassung bei Gmür (1986), der unter Deinstitutionalisierung alle Bestrebungen zusammenfaßt, die traditionellen Kliniken zugunsten kleinerer Behandlungseinheiten umzuwandeln. Dagegen legen Krüger et al. den Begriff *patientenbezogen* aus und subsumieren darunter „alle Veränderungen in Richtung stärkerer Aktivierung und größerer Selbständigkeit bei den Betroffenen“ (1993: 63). Diese Begriffsdefinition besitzt große Ähnlichkeit zum Reha-

bilitationsbegriff bei Ciompi, der darunter „ganz pragmatisch die möglichst weitgehende soziale Wiedereingliederung und Verselbständigung von schwerer psychiatrisch Behinderten“ (1989: 27) versteht. Hier wird die Schwierigkeit der Abgrenzung des Deinstitutionalisierungsbegriffs zum Rehabilitationsbegriff deutlich.

Eine etwas stärkere individuenbezogene Akzentuierung des Rehabilitationsbegriffs läßt sich aus der Definition des National Institute of Mental Health herauslesen. Danach handelt es sich bei Rehabilitation um „ein Spektrum von Programmen für Personen mit langdauernden und schweren psychiatrischen Behinderungen, das zum Ziel hat, den Betroffenen zu helfen, ihre Lebensqualität zu verbessern, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und ein möglichst aktives und selbständiges Leben in der Gesellschaft zu führen“ (vgl. Anthony/Liberman 1986, zitiert nach Ciompi 1989:27).

Ciompi (1977) betont den dynamischen Aspekt des Rehabilitationsprozesses, wenn er als die zwei Hauptstränge moderner Rehabilitationsbestrebungen eine Kette von Wohnstätten und eine weitere von Arbeitsstätten beschreibt, die jeweils einen fein abgestuften Übergang von mehr beschützenden hin zu mehr Selbständigkeit erfordernden Elementen vorsehen. So beginnt die Kette von Wohnstätten bei den geschlossenen Krankenhausabteilungen, führt über die offenen Abteilungen und Übergangseinrichtungen mit Tages- und Nachtambulanz und weiter über geschützte Heime und Wohngemeinschaften hin zu privaten Wohnformen. Dabei ist hinzunehmen, daß es sich durchaus auch um eine graduelle, partielle oder wiederholte Rehabilitation handeln kann. Das heißt die Entlassung in private Wohnformen bei völliger Selbständigkeit ist zwar das erklärte Ziel, jedoch häufig nicht zu realisieren. In diesem Sinne ist auch die nur *teilweise vollzogene* Hinführung an das gesellschaftliche Leben unter Umständen auch bei Verbleib in der Anstalt bei Gewährleistung größtmöglicher Handlungsspielräume „Rehabilitation“ bzw. „Enthospitalisierung“.

Diese Ausführungen dürften gezeigt haben, daß die Begrifflichkeit in der internationalen Literatur sehr schillernd gehalten ist und exakte Abgrenzungen zwischen Deinstitutionalisierung, Rehabilitation und Enthospitalisierung kaum zu bestimmen sind. Wir werden im folgenden in der Regel den Begriff der Enthospitalisierung verwenden, da wir in unserer Untersuchung einen Veränderungsprozeß begleiten, für den dieser Terminus am besten zu passen scheint, obwohl die Konnotationen, die eher bei den beiden anderen Termini mitschwingen, auch für unser Projekt relevant sind.

Wie oben dargelegt steht die Idee der Enthospitalisierung in engem Zusammenhang mit den Theorien der Sozialpsychiatrie und der kritischen psychiatrischen Soziologie, die sozialen Faktoren eine ganz wesentliche Bedeutung bei Genese, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen beimessen. Aus sozialpsychiatrischer Sicht zielt Enthospitalisierung auf einen Paradigmenwechsel auf drei zentralen gesellschaftlichen Ebenen:

- auf der *gesellschaftspolitischen* Ebene strebt sie -der Intention nach- nach Integration statt Aussonderung, Akzeptanz und Toleranz statt Ablehnung und Entfremdung,
- auf der *institutionell-organisatorischen* Ebene richtet sie sich auf Dezentralität und Partizipation der Organisationsmitglieder anstelle von Anonymität, Zentralität und Entmündigung,
- auf der *individuellen* Ebene erhebt sie den Anspruch, die subjekthafte Ganzheitlichkeit der Person und des Person-Gesellschaft-Verhältnisses statt objekthafter Zersplitterung von Personen in Symptome und Merkmale sowie der Gesellschaft in „Normale“ und in stigmatisierte soziale Gruppen zu betonen.

Fernziel jedes Enthospitalisierungsprogramms ist die Entlassung der Patienten aus dem Patientenstatus bzw. ihre möglichst heimatnahe Verlegung in Wohnformen, die mehr Selbständigkeit erlauben und größere Handlungsspielräume vorsehen, doch wird dieses Ziel eben in der Regel erst am Ende eines langwierigen dynamischen Prozesses erreicht, den man selbst sinnvollerweise schon als Enthospitalisierung bezeichnet - und nicht erst das unter Umständen im Einzelfall häufig nicht erreichbare Endziel. Der Begriff Enthospitalisierung hat in unserem eigenen Forschungsansatz daher einen enger und einen weiter gefaßten Bedeutungsgehalt.

*Enthospitalisierung im engeren Sinne* bezeichnet a) die Entlassung psychisch kranker Langzeitpatienten aus der stationären psychiatrischen Versorgung, unter Umständen verbunden mit der Rückkehr in die Heimatregion (stationäre nicht-psychiatr. od. ambulante Betreuung bzw. Privatwohnung/allein oder bei Angehörigen) und b) die Verlegung in externe Wohnformen mit nennenswert größerer Handlungsautonomie und signifikant höheren Anforderungen an die alltagspraktische Kompetenz (Umzug vom psychiatrischen Heim in anstaltsunabhängige, evtl. heimatnahe psychiatrische Wohngruppe).

Demgegenüber umfaßt *Enthospitalisierung im weiteren Sinne* zusätzlich c) die interne Verlegung in klinikeigene Wohnformen, die einen größeren Grad an Selbständigkeit ermöglichen und voraussetzen (z.B. Umzug von einem psychiatrischen Heim in eine anstaltseigene dezentrale Wohngruppe), d) Umstrukturierungen innerhalb der betreuenden Einrichtung mit dem Ziel, die Selbständigkeit des Patienten bei der Bewältigung alltagspraktischer Aufgaben zu erhöhen (abgestufte Gruppen-, Selbstversorgungsmodelle).

Für unsere Studie ist zentral, daß alle vier Formen von Enthospitalisierung einbezogen werden. Jene Prozesse, die unter Enthospitalisierung im weiteren Sinne gefaßt werden müssen, stellen Voraussetzungen für Entwicklungen dar, die u. U. langfristig zur Enthospitalisierung im engeren Sinne führen können. Enthospitalisierung ist notwendig dynamisch aufzufassen. Sie ist aber deutlich abzusetzen von Verschiebungen in Heime, Entlassungen ohne Nachsorge und bloßem Umetikettieren von Krankenhausbereichen als Heime, alles Kennzeichen für die erste große Welle des Bettenabbaus in der psychiatrischen Versorgung der BRD in den 70iger Jahren.

Angesichts der Problematik des außerordentlich weiten Bedeutungsspektrums von Enthospitalisierung bedarf es natürlich besonderer Sorgfalt bei der Beschreibung jener Veränderungsprozesse, für die interessierte Gruppen den Terminus Enthospitalisierung zu reklamieren versuchen. Vor allem aber bereitet dieser Umstand größte Probleme, wenn man zu bilanzieren versucht, welche Erfahrungen denn in der bisherigen Praxis mit den Erträgen der Enthospitalisierung gemacht wurden.

### 3. Stand der Forschung

Obwohl es bei der Enthospitalisierungsbewegung um eine seit längerer Zeit heftig diskutierte, ökonomisch durchaus sehr relevante, gesellschaftspolitisch brisante und wissenschaftlich höchst kontroverse internationale Entwicklung geht, kann man auf der Basis der außerordentlich umfangreichen internationalen Literatur keine klare Zwischenbilanz ziehen.<sup>7</sup>

Der Stand der internationalen Forschung zur Enthospitalisierung ist außerordentlich diffus, da 1. den Projekten sehr unterschiedliche Begriffe von Enthospitalisierung zugrunde liegen, 2. sehr unterschiedliche Patientenkollektive untersucht wurden, 3. sehr unterschiedliche begleitende bzw. unterstützende soziale und medizinische Interventionen stattfanden und 4. viele Hinweise darauf vorliegen, daß die erzielten Ergebnisse vermutlich recht stark mit den konkreten raum-zeitlichen Gegebenheiten (z.B. regionale und soziale Strukturen, konjunkturelle Rahmenbedingungen (insbes. Arbeitsmarkt)) der Projektdurchführung variieren (vgl. unter vielen anderen Braun et al. 1981, Ciompi et al. 1979, Ciompi 1989, O'Driscoll 1993 und Bollini/Mollica 1989 als Übersichtsartikel und Dencker/Gottfries 1991 und Francis/Vesey/Lowe 1994 als neuere Fallstudie).<sup>8</sup>

Francis/Vesey/Lowe stellen so selbst für das vermutlich best untersuchte Land (UK) fest: „Even though the process of deinstitutionalisation has been actively pursued in this country and elsewhere since the early 1960s, scientific information on its effects is lamentably sparse“ (1994: 184). Es ist daher einerseits nicht möglich, zentrale und tendenziell konsensuelle Befunde vorzustellen, andererseits ergaben sich aus der sorgfältigen Rezeption der Literatur sehr viele wertvolle Anregungen, die wir zu nutzen versucht haben. Leider ist gerade für die Bundesrepublik die Forschungslage sehr schlecht, denn es gibt nur sehr wenige Studien, die zudem Merkmale aufweisen, die ihre Aussagefähigkeit eingeschränkt erscheinen lassen<sup>9</sup>.

### 4. Theoretische Ansätze

Auch wenn es nahezu trivial klingen mag, so gehört doch an den Anfang jeder Betrachtung über die theoretisch erwartbaren Effekte auf der Ebene der Patienten der Hinweis, daß sich je nach theoretischer Deutung psychischer Krankheit und der Karriereverläufe bei psychiatrischen Patienten unterschiedliche Erwartungen einstellen werden.



#### 4.1 Patientenebene

Aus reinen Raumgründen müssen wir uns auf die Betrachtung solcher Theorietraditionen konzentrieren, die in ihrer Konzeption davon ausgehen, daß die konkret vorfindbaren Formen psychischen Leids nicht nur Ausdruck eines innerorganischen Defektes oder einer rein intra-psychischen Entwicklungsdynamik sind, sondern daß sie zumindest partiell mitbestimmt werden durch die Form der gesellschaftlichen Reaktion auf tatsächliche oder vermeintliche Verhaltensprobleme. Auch innerhalb dieses weiten Rahmens finden wir eine ganze Reihe von zum Teil sehr unterschiedlichen Theorierichtungen, die hier keinesfalls auch nur andeutungsweise abgehandelt werden können. Statt dessen wählen wir zwei beispielhafte Sichtweisen aus, die jeweils für zwei recht unterschiedliche, aber dennoch sich sehr gut ergänzende Positionen stehen, von denen die eine durchaus eindeutig in der psychiatrischen Tradition verwurzelt ist, die andere gelegentlich der anti-psychiatrischen Tradition zugerechnet wird, obwohl sie bei genauerer Betrachtung gar nicht so radikal argumentiert, wie aufgebrachte „konservative“ Psychiater immer wieder gefunden haben.

Wir nehmen unseren Ausgang bei Wing, der zu den bedeutendsten Vertretern der modernen Sozialpsychiatrie gehört und sehr früh sehr wichtige Beiträge zum Problem der Psychiatriereform beigesteuert hat, indem er sich insbesondere dem Problem des Institutionalismus' bzw. des Hospitalismus' gewidmet hat (Wing 1962). Wing und Brown (1970) unterscheiden bei psychiatrischen Krankheitsbildern und ihren Verläufen drei Komponenten, die einer erfolgreichen Wiedereingliederung ins Sozial- und Berufsleben entgegenstehen. Eine Gruppe von probleminduzierenden Faktoren - *die prämorbidem Behinderungen* - bestehen bereits vor Ausbruch der Krankheit, zu ihnen zählen u.U. geringe Intelligenz, geringe Schul- und Berufsbildung und körperliche Verschrtheit. *Die primären Behinderungen* ergeben sich durch die Krankheit als solche, hier sind in erster Linie die Symptome selbst zu nennen, wie Denkzerfahrenheit, Bewußtseinstrübung oder Halluzinationen. Schließlich kommt es im weiteren Krankheitsverlauf zu *sekundären Behinderungen* als indirekten Folgen der Erkrankung bzw. genauer: des Umgangs mit ihr. Die damit einhergehenden Auswirkungen bezeichnete Wing (1969) als Institutionalismus, womit die regressive Anpassung an ein die Persönlichkeit stark einschränkendes Krankenhausmilieu gemeint ist. Damit geht häufig der Verlust an erworbener alltagspraktischer, sozialer und beruflicher Kompetenz einher.

Deinstitutionalisierung -wie oben beschrieben- könnte demnach als Umkehrung des von Wing (1962) und Wing/Brown (1970) beschriebenen Prozesses aufgefaßt werden. Es ist darunter nicht zwangsläufig nur die Auflösung von Großkrankenhäusern und die Entlassung der Patienten aus einem solcherart einengenden institutionellen Umfeld zu verstehen, sondern ebenso konzeptionelle Umstrukturierungsmaßnahmen, die der Unterstützung des Patienten beim Wieder-Erlernen bzw. bei der Aufrechterhaltung der persönlichen Kompetenzen dienen und ihn als gleichwertigen Interaktionspartner begreifen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang das ebenfalls von Wing entwickelte Konzept der optimalen Stimulation.

Es hat sich gezeigt, daß Befindlichkeitsveränderungen, wie zum Beispiel Krisen, nicht unabhängig vom Grad der Stimulierung auftreten. Ist diese zu niedrig, so folgt daraus häufig ‚Versinken in amorphe Passivität‘ Langeweile und Unzufriedenheit, d.h. affektive Zustände, die besonders bei langwährender Verweildauer in einem Großkrankenhaus zu beobachten sind und sich im Krankheitsverlauf niederschlagen können. Der Einfluß auf das Krankheitsgeschehen tritt ebenso - meist sogar noch deutlicher - bei dem Phänomen der Überstimulierung auf: der Patient ist von den vielfältigen Reizen überfordert, wodurch das Risiko einer krisenhaften Zuspitzung steigt. Besondere Aufmerksamkeit ist diesbezüglich in der Entlassungsphase und während der ersten Monate in einer neuen Umgebung mit veränderten Anforderungen notwendig. Da der Punkt optimaler Stimulierung von Patient zu Patient differiert, ist demzufolge auch die jeweilige Bedürfnislage bezüglich Wohn- oder Arbeitsanforderungen unterschiedlich. Auch dieser Sachverhalt spricht für ein behutsames, individuenbezogenes Rehabilitations- bzw. Enthospitalisierungsprogramm mit einem differentiellen Wohn-, Arbeits- und Freizeitangebot.

Unter den die Psychiatrietradition in Zweifel ziehenden Positionen finden sich zahlreiche Varianten unterschiedlicher Radikalität. Einige von ihnen deuten wichtige Teilbereiche des psychiatrischen Krankheitspektrums als „Mythos“, als ein reines Konstrukt bestimmter professioneller Ideologien im Dienste und Interesse gesellschaftlicher Mächte zur Kontrolle abweichender Lebensformen (vgl. Szasz 1961 bzw. 1972 sowie 1970 bzw. 1975 und 1971 bzw. 1976).

Andere sehen psychische Krankheiten im wesentlichen als Ausdruck und Resultat nicht gelungener Bewältigungsversuche von Lebensschwierigkeiten an, die bei angemessener sozialer Unterstützung und/oder professioneller Hilfe vermeidbar bzw. nach mehr oder weniger kurzer Zeit überwindbar gewesen wären, die jedoch durch unangemessene Interventionen chronifizieren oder gar erst Krankheitswert erlangen.

Unabhängig von der Wahl zwischen diesen Alternativen darf man davon ausgehen, daß in der Vergangenheit unangemessene Normalisierungsstrategien der Angehörigen, stigmatisierende Ausschließungstendenzen sekundärer Sozialsysteme sowie traditionelle psychiatrische Behandlungs- und Versorgungskonzepte wichtige Determinanten für die Chronifizierung der Krankheitsverläufe gewesen sind. Diese Determinanten wirken in der Form von feed-back-Schleifen darauf hin, daß langfristig untergebrachte psychiatrische Patienten sowohl auf der Ebene des Selbstkonzeptes als auch auf der Ebene des Rollenrepertoires Deprivationen und Einschränkungen erfahren, die sie ohne weitere Entwicklungsperspektive erscheinen lassen.

Dieser Argumentationsstrang wird u.a. von Scheff (1966 bzw. 1973) expliziert, indem er in neun Hypothesen das Bedingungsgefüge und die Entwicklung von Etikettierung beschreibt. Nach Scheff treten sog. „residuale Regelübertretungen“ in

einer Gesellschaft außerordentlich häufig auf und haben eine immense Vielfalt von verschiedenen Ursachentypen - und zwar von organischen bis zu sozialstrukturell bedingten etc. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß ein Bereich sozialer Normen und Regeln, die so fundamental sind und bezüglich deren Gültigkeit in einer Gesellschaft so großer Konsens besteht, daß sie nicht als solche bewußt wahrgenommen werden, verletzt wird. Solche Normübertretungen sind zwar sehr häufig und quasi ubiquitär, werden jedoch meist verleugnet oder bleiben zunächst relativ folgenlos, wenn für das Publikum und/oder den Akteur selbst „normalisierende“ Deutungen für diese Residualregelverletzungen verfügbar sind. Unter ganz spezifischen, sozialwissenschaftlich näher zu ergründenden Bedingungen, die nur begrenzt in der Qualität des in Rede stehenden Verhaltens selbst verankert sind, wählen Akteur und/oder Publikum das Deutungsmuster „psychische Krankheit“. Dann werden von den Gesellschaftsmitgliedern Stereotype aktualisiert, die in früher Kindheit erlernt werden und mit hoher Wahrscheinlichkeit konsensuell auf in spezifischer Weise auffällig geartete soziale Interaktion angewendet werden.

Die Anwendung dieser Stereotype auf das betreffende Verhalten bzw. die betreffenden Personen durch das Publikum und/oder durch den Akteur selbst löst unter Umständen eine sehr komplexe Dynamik aus. Das Publikum leistet die soziale Wahrnehmung des aktuellen, aber auch des früheren Verhaltens nun auf der Basis einer spezifischen „pragmatischen Theorie“, und dabei wird im Kontakt mit dem psychisch Kranken nach Bestätigungen für diese Theorie ‚gesucht‘, und wegen der gezielten Selektivität werden diese Bestätigungen in der Regel auch gefunden. Besondere Brisanz resultiert daraus, daß auch der so etikettierte Akteur diese Stereotype kennt und sich mit ihnen auseinandersetzen muß. Akzeptiert er die damit implizit einhergehenden Deutungen und Wertungen seines Verhaltens, so wird er von seiten des Publikums und insbesondere der professionellen Helfer in gewisser Weise belohnt (vgl. Scheff 1973: 71), erkaufte dies aber unter Umständen mit einer unnötigen und (vielleicht?) unrichtigen Pathologisierung seines Verhaltens und seiner Identität -nicht zuletzt durch sich selbst (vgl. das Konzept des self-labeling im Bereich der psychischen Krankheit bei Thoits 1985). Wehrt er sich gegen diese Deutungen, so wird dies von seiten des Publikums in der Regel keineswegs akzeptiert, sondern im Gegenteil als entscheidende Bestätigung der unterstellten Theorie gedeutet: mangelnde Fähigkeit zur Krankheitseinsicht als zentrales Merkmal der unterstellten Krankheit. „Normales“ Verhalten bzw. die Behauptung, normal und nicht krank zu sein, und die Forderung des als abweichend Etikettierten, entsprechend behandelt zu werden, werden also „bestraft“ (vgl. Scheff 1973: 73), da sie als Ausdruck mangelnder Krankheitseinsicht angesehen werden, die für den Behandlungsprozeß eine negative Eingangsvoraussetzung darstellt.<sup>10</sup>

Im Laufe der Zeit wird daher der so Etikettierte sich die ihm einzige angebotene Rolle des Devianten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zueigen machen und sich entsprechend der Erwartung verhalten bzw. die abweichende Identität zumindest partiell übernehmen. Das Etikettieren ist in diesem Sinne die entscheidende Determinante (für Scheff (1973: 80) unter verschiedenen relevanten Faktoren die

wichtigste Einzelursache, nicht mehr!) für das Einschlagen einer abweichenden Laufbahn, selbstverständlich nicht für diejenigen „Abweichungen“, die zum Anlaß für die gesellschaftlichen Reaktionen geworden waren und die in der Tradition des labeling approaches als „primäre Abweichung“ (Lemert 1967 bzw. 1975: 433 ff.) bezeichnet worden wären.

Nun ist es natürlich im Regelfall so, daß psychische Probleme, deretwegen ein Akteur Behandlung gesucht hat bzw. zwangsweise einer Behandlung zugeführt wurde, durch oder trotz der Behandlung auf Dauer oder zeitweilig so weit behoben oder „gebessert“ werden, daß eine stationäre Behandlung durch eine ambulante abgelöst oder eine ambulante Behandlung beendet werden kann, doch endet damit nicht das Problem. Die oben angesprochenen Stereotype enthalten explizit oder implizit die Unterstellung, daß eine psychische Krankheit einen Hinweis auf einen Defekt darstellt, der im Grunde dauerhaft ist, der jederzeit wieder virulent werden kann und der daher Vorsicht und Distanzierung angeraten erscheinen läßt. Da auch der Ex-Patient entweder diese Deutung teilt oder zumindest weiß, daß andere diese Deutung vermutlich gewählt haben werden, ist die Integration bzw. die Re-Integration des Ex-Patienten prekär. Sei es, daß tatsächlich relevante Rollen im öffentlichen Leben, im Beruf und im Bereich der privaten Beziehungen beschnitten werden, sei es, daß der Patient entsprechende Reaktionen fürchtet und wegen des daraus resultierenden Druckes seine Versuche der Wiedereingliederung tendenziell mißlingen, sei es, daß der Patient wegen antizipierter Reaktionen dieser Art sich selbst resignativ zurückzieht, Ergebnis sind jedenfalls vielfache neue Probleme: Verlust der gesellschaftlichen Stellung, Arbeitslosigkeit oder beruflicher Abstieg, starke Reduktion des persönlichen sozialen Netzwerks und damit auch Fortfall zentraler Quellen des social support für die Überwindung von Lebensproblemen und Krisen (vgl. als Übersicht Schwarzer/Leppin 1989, 1990). Soziale, ökonomische und psychische Probleme sind damit quasi vorprogrammiert und damit die deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit des Wiederauftritts von Verhaltensweisen, die zum Ausgang der psychiatrischen Karriere geführt hatten.

Das dadurch immer wahrscheinlicher werdende wiederholte Durchlaufen dieser Zyklen hat die fatale Konsequenz, daß die Chancen im Bereich des „normalen Lebens“ immer kleiner, die Tragfähigkeit der privaten Netzwerke immer geringer und der therapeutische Optimismus der professionellen Helfer immer schwächer, die pathologisierende Selbstdeutung durch den Patienten immer wahrscheinlicher wird. Dauerhafte Hospitalisierung wird die Folge sein.

Traditionellerweise bedeutete Hospitalisierung die Unterbringung in einem Organisationstyp, den Goffman (1973, zuerst 1961 bzw. 1957) als „totale Institution“ gekennzeichnet hat und der folgende Merkmale aufweist: fehlende Trennung der Lebensbereiche Arbeit, Freizeit, Schlafen und Wohnen, die gleiche Behandlung, gleiche Tätigkeit, exakt geplanter und streng eingehaltener Tagesablauf und sehr strenge, häufig degradierende Sanktionierung abweichenden Verhaltens im Sinne der organisationsinternen Normen etc.(vgl. die zentralen Strukturmerkmale bei Goffman 1973:17-23; vgl. ferner die Kritik an der zu lockeren Verwendung des

Begriffs durch McEwen 1980 sowie die interessante Analyse bei Eisenbach-Stangl 1978).

Dieses strikte Regiment in totalen Institutionen stellt die Insassen vor außerordentlich extreme Rahmenbedingungen, mit denen sie sich auseinandersetzen müssen, wenn sie nicht ihre Identität mehr oder weniger vollständig aufgeben wollen. Goffman beschreibt verschiedene Insassentypen bzw. mögliche Verhaltensmuster als Anpassung an totale Institutionen - so z.B. den Rückzug aus der Situation und Abbruch aller Sozialkontakte, der in psychiatrischer Terminologie durch apathische oder gar autistische Züge gekennzeichnet werden würde.

Goffman (1973) kommt zu dem Schluß, daß Institutionen „totalitären Charakters“ die Persönlichkeit ihrer Insassen dergestalt verändern, daß bei den Insassen eine Reduktion von Individualität und Handlungsautonomie im Sinne von Fremdbestimmtheit und Entfremdung von Normalität sowie Verlust erlernter Fähigkeiten auftreten. Es kommt zur Regression oder anderen Formen des Rückzugs. Vielfach ist auch zu beobachten, daß der Insasse sich im Anstaltsrahmen einrichtet und die Existenz einer Außenwelt ignoriert; der durch die Anstalt vorgegebene Realitätsausschnitt wird als Ganzes angesehen und Zufriedenheit innerhalb dieser Strukturen angestrebt. Diese Form wird als „Kolonisierung“ bezeichnet (Goffman 1973: 66), die Zufriedenheit müßte als relative Zufriedenheit bzw. resignative Zufriedenheit aufgefaßt werden, da sie auf ein niedriges Bedürfnisniveau nach Maslow (1954) zurückgeht. Als noch weitergehenden Anpassungsschritt kann die Strategie des „Konvertierten“ bewertet werden, der versucht, sein Selbstbild dem Fremdbild bzw. der Erwartung an einen perfekten Insassen anzupassen, indem er die Normen und Wertvorstellungen der Anstalt internalisiert (Goffman 1973: 67). Enthospitalisierungsversuche bei diesem Typus von Heimbewohner führen notwendig in einem kurz- und mittelfristigen Beobachtungsrahmen zu einer krisenhaften Zuspitzung der Entwicklung, da fest verankerte ich-nahe Attitüden in Frage gestellt werden und ein neues Selbstbild und Selbstwertgefühl aufgebaut werden muß. Die Form des kompromißlosen Standpunkts, auch als Protesthaltung zu charakterisieren, kennzeichnet eher die Anfangsphase. Bei langwährender Unterbringungsdauer sind die erstgenannten Typen häufiger anzutreffen, allerdings kann sich im Zuge von Umstrukturierungen und unter dem Zwang zur Neuorientierung eine Protesthaltung als Ausdruck langjähriger Unterdrückung vitaler Bedürfnisse manifestieren, die vor diesem Hintergrund als konstruktive Unzufriedenheit auch positive Facetten aufweisen kann.

Goffman bezieht sich in seiner Analyse auf Institutionen, deren Mitglieder (bzw. Insassen) mehr oder weniger machtlos sind, in denen ein ausgeprägtes hierarchisches Gefälle besteht und/oder solche, die einem strengen Norm- und Regelsystem mit stark ritualisiertem Gepräge unterworfen sind, wie es z.B. in einer Kaserne, einem Kloster oder im Gefängnis der Fall ist. Im Vergleich zu Wing und Scheff rückt Goffman die Organisationsebene stärker in den Vordergrund, allerdings hält Goffman an einer relativ starren Zuordnung von Organisationstyp und Mitglieder- bzw. Insassenmerkmalen fest.

In Kenntnis der nachteiligen Folgen von langdauernder Unterbringung gehen sozialpsychiatrische Bemühungen seit längerer Zeit dahin, die Situation für die Langzeitpatienten zu verändern und individuelle Freiräume zu schaffen. So kann Goffmans Ansatz sehr wohl zur Beschreibung der Ausgangssituation -des Psychiatrischen Krankenhauses alter Prägung- herangezogen werden. Er greift jedoch zu kurz, um den Wandel von Organisationen befriedigend zu erklären. Hierzu bedarf es anderer Konzepte der Organisationssoziologie bzw. der Organisationsentwicklung.

Psychisch kranke Langzeitpatienten, die im Zuge der Enthospitalisierung wieder zunehmend in Kontakt zu anderen Menschen ohne psychiatrische Erkrankung treten, werden im Zuge dieser Entwicklung auch erneut mit diesem Stereotyp vom psychisch Kranken und mit spezifischen Rollenerwartungen seitens der Laien konfrontiert, so daß eine Re-Transformation der Identität in Richtung auf „Normalität“ und ein sich daraus ergebendes Ablegen abweichender Verhaltensmuster nicht notwendigerweise durchgehend gefördert, sondern -willentlich oder unwillentlich- durch das soziale Umfeld unter Umständen auch behindert werden. Diese interaktive Dynamik trifft jedoch auf ein verändertes Bedingungsgefüge beim Patienten während des Enthospitalisierungsprozesses. Zum einen muß man davon ausgehen, daß diese Langzeitpatienten durch frühere Fremddefinitionen seitens ihrer nicht-professionellen Interaktionspartner und seitens der professionellen Helfer und durch Selbstlabeln oder Selbststigmatisierung eine Identität als Psychisch Kranker entwickelt haben, die durch weitere Bestätigungen dieser Identität durch entsprechende Reaktionen kaum noch weiter verfestigt werden kann. Zum anderen muß davon ausgegangen werden, daß die langfristige Unterbringung in einer totalen Institution zu einer sehr weitgehenden Beschneidung des Rollenrepertoires eines Menschen führt, so daß die Patientenrolle von höchster Zentralität für das betreffende Individuum sein wird, gegenüber der die wenigen und weitgehend verkümmerten sonstigen Rollen stark abfallen und innerhalb des Anstaltskontextes kaum aktualisiert werden können. Durch die Ausweitung des Aktions- und Erlebnisraumes im Zuge der Enthospitalisierung werden also u.U. zwar erneut neue, den Patientenstatus hervorhebende Interaktionserfahrungen gemacht, die jedoch kaum noch devianzkarrierefördernde Wirkungen haben werden, vor allem aber werden dadurch auch gegenläufige Prozesse ausgelöst. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß durch die Entwicklung von institutionellen Frei- und Bewährungsräumen, durch professionelle Unterstützung und durch die Intention, sich um entstigmatisierende Interaktionsformen seitens der nachsorgenden Einrichtungen zu bemühen, wie auch durch Reaktivierung und/oder Knüpfung neuer Interaktionsnetze ein Prozeß in Gang gebracht werden kann, der eine negative Entwicklung nicht nur zum Stehen bringt, sondern auch ein gutes Stück rückgängig macht. Dies liegt neben dem Unterstützungspotential des Enthospitalisierungsprozesses nicht zuletzt auch an dem Wegfall der durch die rigide Organisationsstruktur des psychiatrischen Krankenhauses alter Prägung gegebenen einengenden Lebensführung.

#### 4.2 *Organisation und Mitarbeiter*

Im Unterschied zu Deinstitutionalisierungsprojekten, bei denen eine Auflösung bzw. Umwidmung der behandelnden/betreuenden Einrichtung zu einer vollständigen Entlassung aller Bewohner geführt hat, fand im Falle der zu untersuchenden Einrichtung ein Organisationswandel statt, der - basierend auf veränderten Organisationszielen - eine Veränderung der Organisationsstruktur mit sich brachte. Dieser Organisationswandel erfaßte personal- und kostenbedingt nicht alle Einrichtungsteile in gleichem Maße, so daß die einzelnen Einheiten verschieden starken Veränderungen ausgesetzt waren und der Anpassungsdruck sich unterschiedlich in den Organisationsteilen niederschlug. Bei einer Organisation, in der sowohl Veränderung als auch Bestand nebeneinander existieren, treten naturgemäß Ambiguitätsprobleme auf. Es können dies Identifikationsprobleme mit der Einrichtung und ihrer (nur teilweise) veränderten Zielsetzung sein, Rivalitäten innerhalb der Mitarbeiterschaft bezüglich Geschwindigkeit und Modus der Umstrukturierung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern oder aber abweichende konzeptionelle Vorstellungen von psychiatrischer Betreuung im Zuge der Enthospitalisierung. In der beschriebenen Weise stellt das hier zu untersuchende Programm eine Besonderheit unter den Enthospitalisierungsprojekten dar, weshalb eigene, auf diesen Fall zugeschnittene theoretische Konzepte erforderlich sind und das empirische Vorgehen den korrespondierenden Organisationswandel berücksichtigen muß. Auf Mitarbeiterebene könnte das Modell der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1957) angewandt werden. Es ist vorstellbar, daß a) die Ziele der Enthospitalisierung mit individuellen Zielen und b) die internalisierten Ziele der Enthospitalisierung mit übergeordneten organisatorischen Zielsetzungen, wie z.B. Personalstandsicherung und/oder Organisationsbestandssicherung über die Reduzierung kalkulatorischer Risiken, konfliktieren. Im ersten Fall würde eine Auflösung der kognitiven Dissonanz erstens durch eine Kündigung und zweitens durch Internalisierung der Enthospitalisierungsziele erfolgen können. Beim anderen Dissonanzphänomen wären neben Kündigung Umsetzungsversuche des Enthospitalisierungskonzeptes auf der Ebene einzelner Einheiten, oppositionelle Aktivitäten oder Verlust der Identifikation mit der Einrichtung denkbare Reaktionsformen.

Die Komplexität des Organisationswandels weist auf die Notwendigkeit einer behutsam durchgeführten Veränderung und einer bewußten Steuerung des Prozesses mit Möglichkeiten der Rückkopplung hin. Interventionsstrategien dieser Art gehören in das Feld der Organisationsentwicklung, die schrittweise eine Optimierung der Organisation, ihrer Leistungen, ihrer Mitarbeiterzufriedenheit, ihrer Flexibilität und Problemlösungsfähigkeit anstrebt. Dieses Ziel soll mittels eines stufigen Systems erreicht werden, an dessen Anfang die Problembestaufnahme, in dessen weiteren Verlauf dann die Problemanalyse und Zielklärung, weiterhin die Ausarbeitung der Problemlösungsansätze und schließlich die Maßnahmeplanung stehen (Becker/Langosch 1990). Einen theoretischen Zugang erlauben unter anderem Motivationstheorien, die auf Arbeitskontexte Anwendung gefunden haben, wie etwa Maslows Bedürfnispyramide (1954), die davon ausgeht, daß zunächst die exi-

stentiellen Bedürfnisse befriedigt sein müssen, bevor höhere Bedürfnisebenen wie Sozialkontaktwünsche oder Selbstverwirklichung erreicht werden, oder aber Herzberg, der in seiner Zweifaktorentheorie der Arbeitszufriedenheit (Herzberg et al. 1959) die Motivatoren (u.a. Arbeitsinhalt, Anerkennung durch Vorgesetzte) von den Hygienefaktoren absetzt, die eher auf existentieller Absicherung beruhen (z.B. Arbeitsplatzsicherheit, Wegfall störender Arbeitsbedingungen wie Lärm, Staub, Dämpfe). Erstere zählen zur intrinsischen Motivation und erzeugen Zufriedenheit, bei Wegfall herrscht ein neutraler Zustand; letztere erzeugen bei Fehlen Unzufriedenheit, bei Vorhandensein einen neutralen Zustand.

Diese Theorieelemente deuten bereits an, daß es bei Gewährleistung der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse insbesondere von Bedeutung ist, inwieweit das Aufgabenfeld und die Arbeitspraxis als wichtig aufgefaßt werden können, das heißt eine positive Valenz zugeordnet wird, und die Wahrscheinlichkeit, in diesem Bereich etwas Gehaltvolles leisten zu können, als relativ hoch angesehen wird. Genau dieses besagt die zu den ökonomischen Theorien zu rechnende Wert-Erwartungstheorie, z.B. nach Atkinson (1964). Die Aufgabe der Interventionsstrategien ist folglich, eine positive subjektive Bedeutungszuweisung zum Gegenstand bzw. zur Interventionsmaßnahme herzustellen bzw. zu verstärken, so daß eine positive Valenz mit der Veränderung verbunden wird. Daneben muß jedoch sichergestellt sein, daß mit den eingesetzten Methoden eine Veränderung im gewünschten Sinne erzielt werden kann und nicht etwa Personalengpässe, Finanzierungslücken und dergleichen die Zielerreichung in Frage stellen und damit die individuelle Erwartung gesenkt wird. Positive Valenzen zur Innovation stellen sich dann ein, wenn die Anbindung persönlicher Interessen und Neigungen an die Neuerung gelingt, was in erster Linie durch Partizipation an der Veränderung zu erreichen ist. Der Einfluß des einzelnen muß für ihn spürbar werden sowohl über seine Mitbestimmung als auch über seine Mitwirkung, z.B. durch Zuteilung von besonderen Aufgaben, die Leitung von Teilbereichen oder spezifische Zuständigkeiten. Durch diese breite Streuung von Einfluß und Macht werden die Schwierigkeiten, die unweigerlich beim Organisationswandel entstehen, als individuelle Herausforderung begriffen, durch deren Bewältigung hohe Aspirationen Befriedigung erfahren können.

## 5. Zentrale Hypothesen

Auf der Basis der voranstehenden, notwendigerweise sehr knapp skizzierten theoretischen Ansätze und des umfangreichen Fundus empirischer Ergebnisse lassen sich umfassende und differenzierte Sätze von Hypothesen formulieren, von denen an dieser Stelle lediglich einige zentrale Hypothesen aufgeführt seien, da ein vollständiges systematisches nomologisches Hypothesengerüst den Rahmen eines Aufsatzes sprengen würde.



## 5.1 Ausgangshypothesen für die Bielefelder Enthospitalisierungs-Untersuchung

### 5.1.1 Patientenebene

*Hypothese:* Maßnahmen der Enthospitalisierung führen bei einem Großteil chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten zu einem anfänglich eher uneindeutigen Wirkungsprofil; nach drei bis fünf Jahren kommt es zu einem deutlichen Anstieg alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen sowie zu einem Anstieg der subjektiven Lebenszufriedenheit; die Mehrheit der Patienten ist in der Lage, die Anstalt zu verlassen und dauerhaft außerhalb stationärer psychiatrischer Versorgung zu leben.

### 5.1.2 Mitarbeiterebene

Der Prozeß der Enthospitalisierung hängt in seinem Verlauf und Erfolg wesentlich vom Engagement, von der Arbeitssituation und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter ab, wobei sich Effekte über die Qualität der direkten Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient und indirekte Effekte über die Mediatorvariable „therapeutische Atmosphäre“ in den Häusern und Stationen ergänzen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß sich die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die therapeutische Atmosphäre gegenüber der Ausgangssituation verbessern werden. Aus dem komplexen Geflecht von Placebo-Effekten (Hawthorne-Effekt), sichtbaren ersten Erfolgen, Änderungen der Arbeitssituation in der ersten Zeit des Prozesses auf der einen Seite und unvermeidlichen administrativen Verzögerungen des Enthospitalisierungsprozesses, belastenden neuen Arbeitsinhalten und im Prozeß der Umstrukturierung unvermeidlichen Ambivalenzen in bezug auf den eigenen Arbeitsplatz bzw. die eigene Einrichtung in späteren Phasen wird sich im Detail jedoch eine sehr differenzierte Entwicklung ergeben, die weiter unten spezifiziert werden soll.

*Hypothese:* Die Arbeitssituation und das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter determinieren den Enthospitalisierungserfolg.

Über den Aspekt des organisationsinternen Wandels hinaus weist eine Betrachtungsweise, die statt des Enthospitalisierungsbegriffs den Begriff der Deinstitutionalisierung ins Zentrum rückt und sich des weiteren soziologischen Verständnisses von Institution erinnert. Demnach ist mit einer Institution ja nicht -wie in der Alltagssprache- ein organisatorisches Gebilde gemeint, sondern - wie Bachrach in bezug auf die Psychiatrie feststellt- “an established *set of social patterns*, such as the totality of artifacts and practices society has adopted for the care of its mentally disabled population” (Bachrach 1976: 2). Denn dann bedeutet dieser Prozeß mehr als eine Veränderung der Lebenslage einer begrenzten Zahl von Individuen, vielmehr gilt dann für Deinstitutionalisierung: “It implies the breakdown of a social system, of established patterns of social control which determine how the mentally ill should be viewed, what their status (position) in society and what rights and obligations society has in reference to them, and what rights and obligations they have in reference to society” (Bachrach 1976: 2). Leider ist dieses weitere Verständnis von Deinstitutionalisierung in den letzten Jahren weitgehend wieder verlo

ren gegangen und damit auch der gesellschaftskritische Impetus, an den hier jedoch noch einmal erinnert sei. Denn nicht ohne Grund sind relativ gleichzeitig Ideen der Deinstitutionalisierung, der Deregulierung, der Deprofessionalisierung in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen virulent geworden, sondern sie sind zu verstehen als Gegenbewegungen gegen Entwicklungszüge des Systems sozialer Kontrolle des wohlfahrtsstaatlichen Kapitalismus, die durch immer stärker werdende Tendenzen zur Bürokratisierung, Verrechtlichung, Zentralisierung und Professionalisierung benannt sein sollen.<sup>11</sup> Vor diesem Hintergrund wäre Enthospitalisierung in einem umfassenden Sinne nur dann hinreichend kritisch evaluiert, wenn auch untersucht würde, inwieweit sie positive Beiträge zu diesen eingeforderten Veränderungen beizusteuern vermag.

## 5.2 Spezifizierungshypothesen

### 5.2.1 Spezifizierungsthesen in bezug auf die Patienten

#### 5.2.1.1 Die Entwicklung der Psychopathologie der Patienten

Wenn wir davon ausgehen, daß sich der psychiatrische Befund der Patienten, der sich dem Untersucher zu Beginn der Enthospitalisierung bietet, deuten läßt als eine Interferenz der prämorbidem Beeinträchtigungen, des eigentlichen Krankheitsgeschehens sowie der sekundären Beeinträchtigungen infolge des Hospitalismus, so läßt sich bei einer sehr skeptischen Sichtweise (Unterstellung der Irreversibilität der Hospitalismusschäden) keine Veränderung der Befunde im Prozeß der Enthospitalisierung erwarten. Unterstellen wir, daß bestimmte Symptomatiken zumindest partiell Ausdruck des Hospitalismus sind und mit Änderung des Lebenskontextes im Sinne der Enthospitalisierung zumindest abgeschwächt werden, so können wir insbesondere in den Bereichen Anergia/Antriebsarmut und Hostilität/Feindseligkeit/Mißtrauen Verbesserungen erwarten. Befürchten könnte man kurzfristig durch die stressende Erfahrung der ersten Enthospitalisierungsschritte eine negative Entwicklung in den Bereichen Erregtheit und Angst/Depression, während wir für die Grunderkrankungssymptomatiken (z.B. Thought Disturbance) keine relevanten Veränderungen erwarten können. Radikalere Varianten, die die Möglichkeit betonen, daß bestimmte Symptomatiken, auf die die nosologischen Kategorien der Psychiatrie angewendet werden, in Wirklichkeit Artefakte eines komplexen gesellschaftlichen und professionellen Konstruktionsprozesses sind und im Sinne einer „sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung“ wirken, die unter radikal anderen Deutungen und Umgangsformen mit ihr sich „auflösen“ bzw. deutlich anders darstellen würden, kämen selbstverständlich zu einer ganz anderen Einschätzung potentieller Enthospitalisierungseffekte, aus pragmatischen Gründen wollen wir diese sehr radikale Hypothese hier jedoch nicht weiter verfolgen.

*Hypothese:* Bei langfristiger Betrachtung des Enthospitalisierungsprozesses wird die Ausprägung der Minussymptomatik bei den Langzeitpatienten zurückgehen.

### 5.2.1.2 Alltagspraktische Kompetenzen

Im Zuge der langfristigen Hospitalisierung und der damit gegebenen Unterbringung in Organisationen, die in ihren Strukturen mehr oder weniger jenem Organisationstyp entsprachen, den Goffman als „totale Institution“ bezeichnet hatte, ergeben sich ganz spezifische Konsequenzen für jenen Bereich des Verhaltensrepertoires, den man als „alltagspraktische Kompetenzen“ bezeichnen kann. Gemeint sind damit die Fähigkeiten, die verschiedenen basalen Probleme des Alltagslebens mehr oder weniger kompetent zu managen, also z.B. Fragen der Regelung der Ernährung, der Körperhygiene, des Einkaufens, der Regelung von Behördenangelegenheiten, der Ordnung innerhalb des eigenen Wohnraums etc. Die Struktur- und Funktionsmerkmale von totalen Institutionen bringen es nicht nur mit sich, daß den Patienten die Regelung dieser Probleme, die ihnen krankheitsbedingt über längere Zeit oder periodisch/episodisch nicht möglich gewesen sein mag, auf Dauer nicht zugemutet wird. Auch dann, wenn sie zur Bewältigung dieser Probleme zumindest partiell in der Lage gewesen wären, werden sie wegen der „Rationalität“, Transparenz und Rigidität des Regiments in diesen totalen Institutionen von der Wahrnehmung dieser Aufgaben ausgeschlossen, da Individualisierung in der Handhabung aus den genannten Gründen nicht machbar zu sein scheint. Ergebnis dieser Entwicklung ist der Verlust und/oder der Ausschluß von der Möglichkeit, diese alltagspraktischen Kompetenzen zu erwerben bzw. zu pflegen. Andererseits ist ein Minimum dieser alltagspraktischen Kompetenzen mehr oder weniger unabdingbare Voraussetzung für die Akzeptanz des (Ex-)Patienten in neuen Wohn- und Lebensformen bzw. für die mittel- und längerfristige mehr oder weniger eigenständige Lebensform außerhalb der zentralisierten psychiatrischen Versorgung. Für Schritte in Richtung auf Enthospitalisierung ist also eine entscheidende Voraussetzung, daß die zuständigen Mitarbeiter die entsprechenden Kompetenzen des Patienten so einschätzen, daß eine autonomere Lebensform möglich zu sein scheint. Da die Entwicklung im Mitarbeiterbereich dahingehend erfolgt ist, daß enthospitalisierungsskeptische Mitarbeiter die Anstalt verlassen haben und von der Idee der Enthospitalisierung überzeugte Mitarbeiter zum Bleiben bzw. zum Beitritt ermuntert wurden, kann man davon ausgehen, daß die Mitarbeiter -nicht zuletzt auch mangels empirischer Daten- anfangs tendenziell dazu geneigt haben dürften, die alltagspraktischen Kompetenzen der Patienten, die sie in den bisherigen Kontexten aufgrund der strukturellen Gegebenheit gar nicht zeigen konnten, zu überschätzen bzw. die Geschwindigkeit, mit der sich diese entwickeln bzw. wieder aktivieren lassen. Daraus und aus dem Umstand, daß durch die Enthospitalisierung die Kontrolldichte über den Patienten merklich geringer wird, läßt sich ableiten, daß sich die alltagspraktischen Kompetenzen bzw. der Grad ihrer Nutzung durch den Patienten und/oder die Einschätzung der alltagspraktischen Kompetenzen der Patienten durch die Mitarbeiter kurzfristig verschlechtern werden, um sich danach mittelfristig zu stabilisieren und langfristig u.U. wieder anzusteigen.

Die zunächst eintretende Verschlechterung dürfte drei schwer zu trennende Ursachen haben, nämlich erstens die, daß die Patienten die positiven Erwartungen der

Betreuer nicht erfüllen können, so daß aus dieser Enttäuschung eine schlechtere Bewertung bei vielleicht unveränderter Kompetenz resultiert. Eine zweite Möglichkeit bestände darin, daß der Wegfall oder die Reduktion äußerer Kontrollen dazu führen, daß die Patienten die ihnen gegebenen Kompetenzen nicht nutzen, da ihnen die Motivation dazu fehlt bzw. weil sie keine hinreichenden negativen Sanktionen bei Fehlverhalten bzw. unregelmäßiger eigener Lebensführung erfahren. Drittens schließlich wäre es denkbar, daß die Patienten durch die vielfältigen Anforderungen der ersten Enthospitalisierungsschritte in eine kurzfristige Destabilisierungsphase geraten, die mit einer leichten Tendenz zur „Verwahrlosung“ einhergeht.<sup>12</sup>

Erwartet werden muß, daß diese Entwicklungen patientenspezifisch recht unterschiedlich verlaufen werden. Zum einen dürfte relevant sein, ob die psychische Erkrankung erst in einem Alter eingetreten ist, in dem wesentliche Bereiche der alltagspraktischen Kompetenzen längst entwickelt und als Basiskompetenz praktisch unverlierbar etabliert worden sind, oder ob es aufgrund einer sehr frühzeitigen Erkrankung noch nie zum Erwerb dieser Kompetenzen gekommen war. So darf man vermuten, daß bestimmte Hygienestandards relativ früh erworben und damit u.U. auch reaktivierbar werden, während bspw. bestimmte soziale Kompetenzen, z.B. Interaktionskompetenz, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, erst sehr viel später erworben werden und durch die Krankheit selbst mit größerer Wahrscheinlichkeit auch in ungünstiger Weise beeinträchtigt werden.

Zum zweiten dürfte die Art der Erkrankung nicht ohne Bedeutung sein, wobei wiederum je spezifische Interaktionseffekte zwischen Art der Diagnose und Art des Kompetenzbereiches vorstellbar sind.<sup>13</sup>

Drittens schließlich ist diese Entwicklung in ihren exakten längsschnittlichen Verläufen zu untersuchen, da selbstverständlich die alltagspraktischen Kompetenzen in ihrer Entwicklung nicht nur von den Enthospitalisierungsschritten abhängig sind, sondern auch die gegenläufige Wirkungsrichtung bedeutsam sein dürfte. Hierbei tritt also nicht nur ein anfänglicher Selektionseffekt auf, sondern dieser wird zu den verschiedenen Phasen des Prozesses immer erneut wirksam.

*Hypothese:* Bei langfristiger Betrachtung des Enthospitalisierungsprozesses steigt das Autonomielevel der Langzeitpatienten in Abhängigkeit von den Selbstständigkeitsanforderungen der sich verändernden Wohnangebote.

### 5.2.1.3 Lebenszufriedenheit

#### *Zufriedenheit bei Langzeitunterbringung*

Auf Dauer stationär untergebrachte Personen passen entsprechend den im Zuge längerfristiger Hospitalisierung mehr oder weniger allein zur Verfügung stehenden Referenzgruppen (insbesondere Mitpatienten, unter Umständen auch in bezug auf bestimmte Aspekte Mitarbeiter) ihre Ansprüche und Bedürfnisse langfristig den gegebenen Bedingungen an, begrenzen ihre Ansprüche auf die Befriedigung elementarer Bedürfnisse und empfinden daher eine auf den ersten Blick erstaunliche Zufriedenheit, die als „resignative Zufriedenheit“ bezeichnet werden kann.

*Hypothese:* Langzeituntergebrachte psychisch Kranke empfinden überwiegend Zufriedenheit mit ihrem Leben

*Vorübergehende Unzufriedenheit bei Einführung des Enthospitalisierungsprogramms*

Enthospitalisierungsmaßnahmen bewirken eine Erweiterung der Handlungsspielräume und der Erfahrungshorizonte und damit eine Diversifizierung in Richtung anstaltsexterner Referenzgruppen, durch die die relative Zufriedenheit kurzfristig in eine tendenzielle Unzufriedenheit umschlägt, da die Änderungen der objektiven Bedingungen nicht ausreichen, um die Effekte der angehobenen Vergleichsmaßstäbe auszugleichen. Aufgrund theoretischer Überlegungen läßt sich erwarten, daß sich diese neue Unzufriedenheit besonders deutlich bzw. zuerst in den elementaren Bedürfnisbereichen zeigt, also z.B. im Bereich der finanziellen Ausstattung/Entlohnung und im Arbeitsbereich.

*Hypothese :* Bei Veränderung der Lebensumstände durch Enthospitalisierung nehmen Langzeitpatienten (eher) Unzufriedenheit wahr.

*Längerfristige Zufriedenheit im weiteren Verlauf der Enthospitalisierung*

Langfristig führt die relative Unzufriedenheit zu einer Re-aktivierung der Handlungspotentiale des Patienten und in Verbindung mit flankierender professioneller Unterstützung zu einer langsamen Anhebung der Lebenszufriedenheit, die allerdings domänenspezifisch recht unterschiedlich ausfallen kann. Dies geschieht zum einen durch die Verbesserung der Lebenslage im Sinne der tendenziellen Angleichung der individuellen Situation an die nicht-psychiatrisierter Referenzgruppen und zum anderen durch die (realistische) Neuorientierung der Bedürfnisse an den objektiven Gegebenheiten. Dadurch entsteht eine relativ stabile Zufriedenheit auf höherem Niveau. Dabei muß jedoch die Möglichkeit bedacht werden, daß das Zufriedenheitsprofil -verglichen mit der früheren Ausprägung- sehr viel deutlichere Konturen aufweist, z.B. dahingehend, daß eine relative Unzufriedenheit mit materiellen und arbeitsbezogenen Aspekten einhergeht mit einer begrenzten Erhöhung der Zufriedenheit im Bereich der Gesundheit und einer deutlichen Steigerung in den Bereichen der sozialen Kontakte, der Freizeit und Freizügigkeit etc.

*Hypothese:* Enthospitalisierung führt langfristig bei den betroffenen Langzeitpatienten zu Zufriedenheit auf höherem Niveau.

#### 5.2.1.4 Selbstwert

Grundsätzlich nehmen labelingtheoretische Ansätze an, daß psychiatrische Hospitalisierung zumindest kurz- und mittelfristig das Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Da auch das Selbstbild bzw. die Teildimension des Selbstwerts -wie die oben angesprochene „Kontrollorientierung“ (sense of control)- einen wichtigen Prädiktor für eine aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt darstellt, kommt der Entwicklung des Selbstwertes im Zuge der Chronifizierung eine besondere Bedeutung zu.

Zwar haben insbesondere die Goffmanschen Analysen der Strukturen totaler Institutionen und der in ihnen ablaufenden Transformationen der Identitäten der

Insassen den Aspekt der Demütigung, Degradierung, ja Zerstörung des bisherigen Selbstwertgefühls in den Vordergrund gerückt, aber auch labelingtheoretische Argumente sprechen gegen eine immer weitere lineare Verschlechterung des Selbstwertes mit Fortdauer der Hospitalisierung (vgl. z.B. Scheff).

Erstens kann man natürlich nicht umhin (was Goffman auch explizit fordert) zu beachten, daß nicht alle Instanzen sozialer Kontrolle, zu denen die Einrichtungen der Psychiatrie gehören, jene idealtypisch herausgestellten Strukturmerkmale in Reinkultur aufweisen, sondern im konkreten Falle nur gewisse Züge dieser Art tragen. Selbstverständlich kann man nicht umhin, zur Kenntnis zu nehmen, daß die psychiatrischen Einrichtungen nicht nur tendenziell „entmündigen“ und den Patientenstatus aufzwingen, sondern daß sie auch „beschützen“, „beheimaten“, „helfen“ und gewisse Möglichkeiten der Bestätigung des Selbst und des Selbstwertes bieten - und sei es nur durch die Anerkennung der Mitarbeiter, daß man ein „guter Patient“ ist. Zweitens verlieren innerhalb des langfristigen Enthospitalisierungsprozesses Rollen an Zentralität, die an sich infolge der Hospitalisierung zu einer negativen Selbstbewertung führen würden. Drittens geht langfristige Hospitalisierung mit einem Wechsel der Referenzgruppen einher (z.B. Ersetzen von früheren Freunden oder Berufskollegen durch Mitpatienten), wodurch eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls eintreten kann.

Ähnlich wie bei der Lebenszufriedenheit ist also im Falle von Enthospitalisierungsprozessen eine temporäre Destabilisierung des Selbstwertgefühls in der Anfangsphase zu vermuten. Im weiteren Verlauf dürfte sich durch die Chance neuer Referenzgruppenbildung eine Konsolidierung einstellen.

Da die Bildung von Selbstwertgefühlen (verstanden als Reflektion der Bewertungen durch signifikante Andere) in soziale Rollen eingebettet ist (Maslow 1954, Bigelow et al. 1982), nehmen wir einen positiven Zusammenhang zwischen positiven Selbstbewertungen und der Erfüllung von patientenrollenbezogenen Erwartungen an, während andere Rollenbeziehungen bzw. der Grad der Erfüllung der Rollenerwartungen in diesen unbedeutend sind.

Als Bezugsgruppe („Normsender“) muß -abweichend von der Frage der Lebenszufriedenheit, bei der die Mitpatienten als Vergleichsgruppe von zentraler Bedeutung sein dürften- für die Zeit zu Beginn der Enthospitalisierung vor allem der Mitarbeiterstab angenommen werden, während für die späteren Phasen auch aktuelle oder frühere Mitpatienten, vor allem aber auch neue Personenkategorien außerhalb des Anstaltskontextes relevant werden.

Auch für das Konstrukt des Selbstwertes und seine Entwicklung im Längsschnitt wird das Ausmaß relevant sein, in dem der Patient sich konkret durch den Enthospitalisierungsprozeß positiv oder negativ betroffen sieht. Nimmt er keinerlei Veränderung wahr, sei es, daß er tatsächlich nicht oder nur sehr begrenzt betroffen ist, kann eine Selbstwertänderung plausiblerweise nicht erwartet werden. Da dies zumindest für die ersten Phasen des Prozesses nicht so unwahrscheinlich ist, wird eine relevante Selbstwertsteigerung zunächst nur bei einer kleinen, spezifischen

Patientengruppe zu verzeichnen sein, bei anderen Patienten nur sehr verzögert oder gar nicht.

*Hypothese:* Bei langfristiger Betrachtung des Enthospitalisierungsgeschehens werden Langzeitpatienten unter der Bedingung des Aufbaus neuer Referenzgruppenbezüge zu einem ausgeprägteren Selbstwertgefühl gelangen.

#### 5.2.1.5 Kontrollorientierung

Die psychologische Theoriebildung hat seit längerer Zeit die Idee entwickelt und immer weiter ausdifferenziert, daß das Ausmaß, in dem Individuen Situationen und Ereignisse grundsätzlich als durch sich selbst verursacht (Leistung/Anstrengung und/oder Fähigkeit) oder als durch unkontrollierbare Bedingungen oder Kräfte (variabel oder konstant) bestimmt sehen, von entscheidender Bedeutung für ihr Verhalten, insbesondere für die Auseinandersetzung mit den alltäglichen Lebensproblemen, ist (vgl. Antonovsky 1987, Bandura 1977 u. 1992, Rotter 1954, Seligman 1975, Mirowsky/Ross 1989). Unterstellt wird, daß eine sog. „hohe Externalität“ mit eher passiven und resignativen und eine „hohe Internalität“ mit eher „aktiven“ Coping-Strategien einhergeht. Durch eine Differenzierung dieser Attributionstile je nach dem Kriterium, ob es um die Deutung von Erfolg oder Mißerfolg geht, lassen sich eine ganze Reihe von psychologisch-psychiatrisch zentralen Fragestellungen theoretisch fruchtbar analysieren.

Wir erwarten, daß sich durch den Prozeß der Enthospitalisierung die Kontrollorientierung/generalisierte Kontrollüberzeugung langfristig dahingehend in relevanter Weise verändert, daß das Ausmaß an Externalität abnimmt und die Internalität dagegen zunimmt, da die tatsächlich oder vermeintlich freiwillige Teilnahme an diesem Prozeß Autonomiespielräume und Optionen freigibt, die durch die langfristige Hospitalisierung verlorengegangen waren. Andererseits steht zu erwarten, daß bei jenen Patienten, die -obwohl im engeren Sinne (noch?) nicht enthospitalisiert- von dem organisatorischen Wandel der Anstalt und seinen vielfältigen Implikationen doch nachhaltig betroffen werden, ohne erkennbare Verbesserungen für sich selbst zu erfahren, dieser Prozeß zu einer deutlichen Steigerung der Externalität führt- zumindest kurz- und mittelfristig.

*Hypothese:* Mit fortschreitender Enthospitalisierung steigt die internale Kontrollüberzeugung bei den betroffenen Langzeitpatienten an.

#### 5.2.2 Spezifizierungshypothesen auf der Mitarbeiterebene

Auf der Ebene der Mitarbeiter ist ein komplexer Prozeß der Wechselwirkung zwischen der Identifikation mit der Idee der Enthospitalisierung, der Arbeitssituation und der Arbeitszufriedenheit zu erwarten (vgl. Güntert et al. 1989, Hackman/Oldham 1978, Forster/Pelikan 1978).

Hier überlagern sich Effekte einer gezielten Personal-Selbstselektion und Fremdselektion in Abhängigkeit von der vorgängigen Akzeptanz bzw. Identifikation mit der Idee der Enthospitalisierung, die in den ersten Jahren tendenziell zu

einer deutlichen Dominanz der Befürworter der Enthospitalisierung führt, mit einer Reihe anderer Prozesse.

#### 5.2.2.1 Enttäuschungen

Diese werden erstens bestehen in einer erwartbaren Enttäuschung über Geschwindigkeit, Ausmaß und Erfolg der Enthospitalisierung angesichts von a) unrealistischen Ausgangserwartungen und b) administrativen, organisatorischen und finanziellen Restriktionen, die den Prozeß verzögern und/oder verwässern.

#### 5.2.2.2 Veränderungen der Arbeitsinhalte

Zweitens wird sich aus dem Umstand, daß die Enthospitalisierung Arbeitsinhalte und Belastungen verändert und zumindest kurz- und mittelfristig zu erhöhtem Arbeitsstreß führt, eine ernüchterte Sichtweise einstellen. Insbesondere ist erwartbar, daß der Wechsel von eher klientenzentrierten Arbeitsweisen zu eher organisatorischen/verwaltungsorientierten Arbeitsweisen Verunsicherungen der professionellen Identität ergibt.

#### 5.2.2.3 Verschiebungen der Relevanzen und der Prestigehierarchien innerhalb der Anstalt

Drittens schließlich ergeben sich erhebliche Frustrationsquellen daraus, daß bestimmte Häuser/Stationen durch den Enthospitalisierungsprozeß unterschiedlich betroffen sind (Wechsel der „besseren“ Patienten in andere Häuser, Zustrom schwächerer Patienten, Änderungen in der Prestigehierarchie etc.).

#### 5.2.2.4 Partizipationsenttäuschungen

Viertens schließlich wird die mehr oder weniger implizite Unterstellung, daß die „fortschrittliche“ Idee der Enthospitalisierung mit einer umfassenden Tendenz der Demokratisierung, der Steigerung der Partizipationsmöglichkeiten für die Mitarbeiter verbunden sein wird, angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen notwendigerweise zu Enttäuschungen führen.

#### 5.2.2.5 Therapeutische Atmosphäre

Tendenziell ist allerdings zu erwarten, daß sich durch die konzeptionellen Veränderungen, durch die Personalselektion und durch das durch die Enthospitalisierungsprozesse veränderte Patientenverhalten, das tendenziell als Erfolgserlebnis durch die Mitarbeiter deutbar ist, die Rahmenbedingungen für das Alltagsleben der Mitarbeiter und der Patienten positiv verändern werden. Dabei sind zwei Teilprozesse analytisch zu unterscheiden, obwohl sie interdependent verlaufen.

Zum einen werden sich insgesamt die organisatorischen Strukturen, die Arbeitsinhalte und damit auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter erhöhen. Dadurch wiederum ergibt sich insgesamt gesehen eine positive Entwicklung der sog. „therapeutischen Atmosphäre“ in den einzelnen Häusern bzw. den verschiedenen Stationen, wobei allerdings zu beachten ist, daß sich diese Entwicklung auf den zehn verschiedenen Dimensionen, die in Theorie und Empirie unterschieden werden, unterschiedlich abbilden kann, sei es, daß gegenläufige bzw. unterschiedlich schnelle



Entwicklungen eintreten. Ferner ist vor dem Hintergrund der obigen Überlegungen zu vermuten, daß sich diese Entwicklungen in den verschiedenen Häusern unterschiedlich darstellen können, wobei unter Umständen sogar Polarisierungen auftreten können zwischen „Enthospitalisierungsgewinnern“ und „-verlierern“.

Zum anderen ist anzunehmen, daß sich die Bewohner jener Häuser, die sich durch eine Verbesserung der therapeutischen Atmosphäre auszeichnen, von den anderen dadurch unterscheiden, daß sie eher Fortschritte in Richtung auf Verbesserung der alltagspraktischen Kompetenzen und eine Steigerung der Lebenszufriedenheit machen werden, wodurch dann allerdings positive Rückwirkungen auf die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit und damit auf die therapeutische Atmosphäre bzw. bestimmte Teildimensionen derselben einstellen werden.

*Hypothese:* Unter Berücksichtigung der Personalselektion im Anfangsstadium wird angenommen, daß im Laufe des Enthospitalisierungsprozesses ein Großteil der Mitarbeiter eine höhere Arbeitszufriedenheit empfinden wird.

## 6. Schlußbemerkung

Die Ausformulierung dieser allgemeinen Überlegungen in einen Satz sehr konkreter Hypothesen steht vor großen Problemen, weil wesentliche Variablen in diesem Falle durch nicht exakt vorhersehbare externe Veränderungen der Rahmenbedingungen während des langen Entwicklungsprozesses massiv beeinflußt werden.

Über die empirischen Ergebnisse der ersten Phasen des Enthospitalisierungsprozesses für ausgewählte Teilbereiche werden wir im nächsten Heft dieser Zeitschrift berichten.

## Anmerkungen

- 1 Vgl. zu den Zusammenhängen zwischen den diversen Abweichungsformen wie psychische Krankheit, Obdachlosigkeit, „Nichtseßhaftigkeit“, Armut und Kriminalität auf der einen und Problemen der psychosozialen Versorgung bzw. der sozialen Kontrolle auf der anderen Seite z.B. die empirischen Analysen von Castel 1980, Dayson 1993, Leff 1993.
- 2 Vgl. als nach wie vor zentrale „Geschichten“ der Psychiatrie vom sozialwissenschaftlichen Standpunkt Dörner 1984 bzw. 1969 und Foucault 1969 sowie Rothman 1971 und Scull 1974 und 1980 mit Hinweisen auf die Beziehungen zu anderen Instanzen sozialer Kontrolle. Vgl. als speziellere Arbeiten Erickson/ Hyerstay 1980 und Gentis 1980.
- 3 Vgl. zu diesem Punkt die weiteren Ausführungen zum Stigmaansatz und zum Konzept der „totalen Institution“ sowie speziell zu den „behinderungsproduzierenden“ Effekten totaler Institutionen Valpey 1982.
- 4 Vgl. zum Konzept der Normalisierung und seiner Kritik Edgerton et al. 1984, Stivers 1988 und Wolfensberger 1972, 1983, 1984.
- 5 Vgl. als recht ausgewogenen kritischen Kommentar, der u.E. die Sache trifft, Spiegelman 1979. Sculls Versuche der Verteidigung, insbesondere in seinem deutschen Nachwort, erscheinen nur begrenzt überzeugend.
- 6 Vgl. z.B. für die Problematik des Heimbereichs Kunze 1990: 202-204.

- 7 Vgl. als allgemeine Übersichten über die historischen Ursprünge der Enthospitalisierungsprojekte unter vielen anderen Basaglia 1973, Basaglia/Basaglia-Ongaro 1972, Finzen 1985, Fiore et al. 1991 und Pirella 1980. Vgl. als Beschreibungen neuerer Projekte unter vielen anderen Bassuk/Gerson 1978, Brill 1988, Dörner 1991, Gromann 1991, Henning et al. 1991, 1993, Koenning 1986, Krüger et al. 1993.
- 8 Vgl. als allgemeine Evaluationsbeispiele Anderson et al. 1993, Leff et al. 1991a, 1991 b, O'Driscoll 1993, O'Driscoll et al. 1993, TAPS 1988, TAPS 1990a, TAPS 1990b. Vgl. in bezug auf die Kostenseite Knapp et al. 1990, in bezug auf die Bewältigung von Alltagsproblemen Dunn et al. 1990, in bezug auf die Entwicklung sozialer Netzwerke Leff et al. 1990a, 1990b, in bezug auf den Zusammenhang mit schwerster Deprivation Thornicroft et al. 1992, in bezug auf Patienten mit besonders schwer belastenden Merkmalen und sehr schlechten Integrationschancen Dayson/Gooch/Thornicroft 1992, in bezug auf den Verlauf von Krisen bzw. die Problematik des Auftretens von Krisen Thornicroft/Gooch/Dayson 1992, in bezug auf die Relevanz kultureller Kontexte Bennett 1979. Vgl. die allgemeine Literatur zur Bewertung der Enthospitalisierung Clarke 1979, Johnson 1988, Jones 1979, Rose 1979, Talbot 1980, Williams et al. 1980.
- 9 Vgl. insbesondere Henning/Kruckenberg 1991, Henning et al. 1993.
- 10 Vgl. generell zum Problem des Labeling-Ansatzes und des Stigmaaspektes der psychischen Krankheit Edgerton 1967, Edgerton/Sabagh 1962, Link 1987, Link/Cullen 1986, Link et al. 1987, Link et al. 1989, Rappaport/Cleary 1980, Scheff 1973.
- 11 Vgl. dazu allgemein Hellerich 1980a, Wambach 1980b, Wambach/Hellerich 1980.
- 12 Vgl. zum Problem krisenhafter Verläufe Thornicroft/Gooch/Dayson 1992.
- 13 Vgl. zur Relevanz früherer Diagnosen für den Verlauf z.B. Anderson et al. 1990.

## Literatur

- Albrecht, G., 1995: Geschichte der Psychiatrischen Hospitalisierung in Preußen von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zum ersten Weltkrieg, Msk. Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld.
- Albrecht, G./Ludig-Mayerhofer, W. (Hrsg.), 1995: *Diversion and Informal Social Control*. Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- Anderson, J., 1990: The TAPS Project, I: Previous Diagnosis and Current Disability of Long-Stay Psychogeriatric Patients: A Pilot Study. *British Journal of Psychiatry* 156: 661-666.
- Anderson, J./Dayson, D./Wills, W./Gooch, C./Margolius, O./O'Driscoll, C./Leff, J., 1993: The TAPS Project, 13: Clinical and Social Outcomes of Long-Stay Psychiatric Patients After One Year in the Community. S. 45-56 in: J. Leff, Hrsg., *Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients*, *British Journal of Psychiatry*, Bd. 162, Supplement 19.
- Anthony, W. A./Lieberman, R.P., 1986: The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin* 12: 542-559.
- Antonovsky, A., 1987: *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, CA.: Jossey Bass.
- Bachrach, L.L., 1976: *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*, Rockville, MY.
- Bandura, A., 1992: Perceived Self-efficacy in the Exercise of Personal Agency. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. New York.

- Bandura, A., 1977: Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84: 191-215.
- Basaglia, F. (Hrsg.), 1973: Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Basaglia, F./Basaglia Ongaro, F., 1972: Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle. Frankfurt am Main : Suhrkamp.
- Bassuk, E. L./Gerson, S., 1978: Deinstitutionalization and Mental Health Services. *Scientific American* 238: 46-53.
- Bauer, M./Engfer, R., 1991: Psychiatrie ohne Anstalt. Wege der Auflösung. S.509-521 in: Th. Bock/ Weigand, H., Hrsg., Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag .
- Becker, T., 1995: Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt -Ein Literaturbericht. *Psychiatrische Praxis*, Heft 3, 1995: 50-54.
- Belknap, I., 1956: *Human Problems of a State Mental Hospital*. New York: McGraw-Hill.
- Bennett, D., 1979: Deinstitutionalization in Two Cultures. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57: 516-532.
- Beyer, B., 1909: Antipsychiatrische Skizze. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* 11: 275-278.
- Beyer, B., 1912: Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichs-Irren-gesetz für Laien und Ärzte. Halle: C. Marhold.
- Blasius, D., 1980: *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bollini, P./Mollica, R.F., 1989: Surviving without the Asylum. An Overview of the Studies on the Italian Reform Movement. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 607-615.
- Braun, P./Kochansky, G./Shapiro, R., et al., 1981: Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients. A Critical Review of Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry* 138: 736-749.
- Brill, K.-E. (Hrsg.), 1988: *Betreutes Wohnen. Neue Wege psychiatrischer Versorgung*. München .
- Brill, H./Patton, R.E., 1957: Analysis of 1955-56 Population Fall in New York State Mental Hospitals During the First Year of Large-Scale Use of Tranquilizing Drugs. *American Journal of Insanity* 116: 495-508.
- Briton, J., 1979: Normalization: What of and What for? *Australian Journal of Mental Retardation* 5: 224-229.
- Castel, R., 1980: Der „Krieg gegen die Armut“ in den Vereinigten Staaten: Der Status des Elends in einer Überflußgesellschaft. S. 97-141 in: M. M. Wambach, Hrsg., *Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Ciampi, L./Agué, C./Dauwalder, J.-P., 1977: Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker.I. Konzepte und methodologische Probleme. *Der Nervenarzt* 48: 12-18.
- Ciampi, L./Agué, C./Dauwalder, J.-P., 1978: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.II. Querschnittsuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen Sektor. *Der Nervenarzt* 49: 332-338.

- Ciampi, L./Dauwalder, J.-P./Agué, C., 1979: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. *Der Nervenarzt* 50: 366-378.
- Ciampi, L./Dauwalder, J.-P./Aebi, E./Hubschmid, T., 1984: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.IV. Untersuchungen zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Der Nervenarzt* 55: 257-264.
- Clarke, G.J., 1979: In Defense of Deinstitutionalization. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57: 461-479.
- Cumming, E./Cumming, J., 1957: *Closed Ranks*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Dayson, D., 1992: The TAPS Project. 15: The Social Networks of Two Group Homes: A Pilot Study. *Journal of Mental Health* 1: 99-106.
- Dayson, D., 1993: The TAPS Project. 12: Crime, Vagrancy, Death and Readmission of the Long-Term Mentally Ill During Their First Year of Local Reprovision. S.40-44 in: J. Leff, Hrsg., *Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients*. *British Journal of Psychiatry* 162, Supplement 19: 40-44.
- Dayson, D./Gooch, Chr./Thornicroft, G., 1992: The TAPS Project 16.: Difficult to place, long term psychiatric patients: risk factors for failure to resettle long stay patients in community facilities. *British Medical Journal* 305: 993-995.
- Dencker, K./Gottfries, C.-G., 1991: The Closure of a Major Psychiatric Hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26: 162- 167.
- Dörner, K. (Hrsg.): 1991: *Aufbruch der Heime*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis .
- Dörner, K., 1984: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, überarbeitete Neuauflage*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt (zuerst 1969).
- Dunn, M./O'Driscoll, C./Dayson, D./Sills, W./Leff, J., 1990: The TAPS Project.4: An Observational Study of the Social Life of Long-Stay Patients. *British Journal of Psychiatry* 157: 842-848.
- Edgerton, R.B./Bollinger, M./Herr, B., 1984: The Cloak of Competence: After Two Decades. *American Journal of Mental Deficiency* 88(4): 345-351.
- Edgerton, R.B./Sabagh, G., 1962: From Mortification to Aggrandizement: Changing Self-Concepts in the Careers of the Mentally Retarded. *Psychiatry* 25: 262-273.
- Edgerton, R.B., 1967: *The Cloak of Competence: Stigma in the Lives of the Mentally Retarded*. San Francisco: University of California Press.
- Eisenbach-Stangl, E., 1978: Über den Begriff der totalen Institution: zu seinem Inhalt und seiner Geschichte. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 1978(2): 4-16.
- Ekiert, G., o.J.: *The Concept of the Total Institution as a Theoretical Framework for Macro-sociological Analyses*, Paper Jagiellonian University/Harvard University.
- Erickson, R. C./Hyerstay, B. J., 1980: Historical Perspectives on Treatment of the Mentally Ill. S. 29-63 in: M.S. Gibbs/J.R. Lachenmeyer/J. Sigal (Hrsg.), *Community Psychology. Theoretical and Empirical Approaches*. New York etc: Gardner Press 1980.
- Finzen, A., 1985: *Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Fiore, M./Galante, S./Härter, M./Inghilleri, G., 1991: Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. *Psychiatrische Praxis* 18: 30-35.
- Foucault, M., 1969: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Francis, V.M./Vesey, P./Lowe, G., 1994: The Closure of a Long-stay Psychiatric Hospital: A Longitudinal Study of Patients' Behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29: 184-189.
- Gentis, R., 1980: Das Phantasma der Mauern: Insassen als Anstaltsbenutzer. S. 79-94 in: M. M. Wambach, Hrsg., *Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Gmür, M., 1986: *Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung*. Stuttgart: Enke.
- Goffman, E., 1973: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Goffman, E., 1967: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Gromann, P., 1991: Bremen-Auflösung einer Anstalt. S.560-665 in: Th. Bock/Weigand, H., Hrsg., *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag .
- Güntert, B./Orendi, B./Weyermann, U., 1989: *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung*. Bern-Stuttgart: Huber-Verlag.
- Hackman, R./Oldham, G., 1978: Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology* 60: 159-170.
- Hellerich, G., 1980: Radikale Therapie und Enttherapeutisierung: Alternative Bewegungen in den USA? S. 313-340 in: M. M. Wambach, Hrsg., *Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Henning, H. J./Kruckenberg, P./Roemer, A. S., 1993: *Reform Psychiatrischer Versorgung in Bremen. Vorläufiger Endbericht des Evaluationsprojektes zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg*. Bremen Juni 1993.
- Henning, H.-J./Kruckenberg, P., 1991: *Zwischenbericht des Projektes „Reform psychiatrischer Versorgung“*, Bremen: Mai 1991.
- Johnson, A. B., 1988: *Unravelling of a Social Policy: The History of the Deinstitutionalization of the Mentally Ill in New York State*. Ann Arbor, Mich.: University Microfilms .
- Jones, K., 1979: Deinstitutionalization in Context. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57: 552-569.
- Kilian, R., 1995: Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 22: 97-101.
- Knapp, M./Beecham, J./Anderson, J./Dayson, D./Leff, J./Margolius, O./O'Driscoll, C./Wills, W., 1990: The TAPS Project.3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry* 157: S. 661-670.
- Koenning, K. (Hrsg.), 1986: *Spät kommt ihr... Gütersloher Wege mit Langzeitpatienten*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss .

- Kunze, H., 1990: Funktionswandel des psychiatrischen Krankenhauses. S. 195-214 in: Thom, A./Wulff, E. (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krüger, G./Kipping, H.-W./Röhm, J./Jacobs, G., 1993: Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker am Beispiel eines öffentlichen psychiatrischen Krankenhauses. *Psychiatrische Praxis* 20: 63-69.
- Leff, J./O'Driscoll, C./Dayson, D., et al., 1990: The TAPS Project.4: The Social Life of Long-stay Psychiatric Patients.2. The Structure of Social-Network Data. *British Journal of Psychiatry* 157.
- Leff, J./O'Driscoll, C./Dayson, D./Wills, W./Anderson, J., 1990: The TAPS Project. 5: The Structure of Social-Network Data Obtained From Long-Stay Patients. *British Journal of Psychiatry* 157: S. 848-852.
- Leff, J., 1993: All the Homeless People- Where Do They All Come From? *British Medical Journal* 306: 669-670.
- Leff, J., 1991: Do Long-Stay Patients Benefit from Community Placement? In: H. Freeman und J. Henderson, Hrsg., *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*, London: Gaskell 1991.
- Leff, J., 1991: Evaluation of the Closure of Mental Hospitals. In: P. Hall und I.F. Brockington, Hrsg., *The Closure of Mental Hospitals*. London: Gaskell 1991.
- Lemert, E. M., 1967: The Concept of Secondary Deviation. S. 4064 in: Edwin M. Lemert, *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; deutsch als: *Der Begriff der sekundären Devianz*. S. 433- 476 in: K. Lüderssen/F. Sack (Hrsg.), *Seminar Abweichendes Verhalten*, Bd. 1: *Die selektiven Normen der Gesellschaft*. Frankfurt/M: Suhrkamp 1975.
- Link, Bruce G./Cullen, F.T., 1986: Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are. *Journal of Health and Social Behavior* 27: 289-303.
- Link, Bruce G., et al., 1989: A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review* 54: 400-423.
- Link, Bruce G./Cullen, F.T./Frank, J./Wozniak, J.F., 1987: The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology* 92: 1461-1500.
- Link, Bruce G., 1987: Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of Expectations of Rejection. *American Sociological Review* 52: 96-112.
- Lönker, F., 1993: *Milieugestaltung in psychiatrischen Langzeiteinrichtungen im Rahmen der Enthospitalisierung*. Diplomarbeit an der Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld 1993.
- Maslow, A. H., 1954 : *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- Matsueda, R. L., 1992: Reflected Appraisals, Parental Labeling, and Delinquency: Specifying a Symbolic Interactionist Theory. *American Journal of Sociology* 97: 1577-1611.
- McEwen, C. A., 1980: Continuities in the Study of Total and Nontotal Institutions. *Annual Review of Sociology* 6: 143-185.
- Minkoff, K., 1987: Beyond Deinstitutionalization: A New Ideology for the Postinstitutional Era. *Hospital and Community* 1987: 945-950.

- Mirowsky, J./Ross, C., 1989: *Social Causes of Psychological Distress*. New York-Berlin: de Gruyter.
- Moos, R.H., 1974: *Ward Atmosphere Scale: Manual*. Palo Alto: Rand.
- O'Driscoll, C./Wills, W./Leff, J./Margolius, O., 1993: The TAPS Project. 10: The Long-Stay Populations of Friern and Claybury Hospitals: The Baseline Survey. S.30-35 in: J. Leff, Hrsg., *Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients*. *British Journal of Psychiatry* 162, Supplement 19, 1993: 30-35.
- O'Driscoll, C., 1993: The TAPS Project. 7: Mental Hospital Closure: A Literature Review of Outcome Studies and Evaluative Techniques. S.7-17 in: J. Leff, Hrsg., *Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients*. *British Journal of Psychiatry* 162, Supplement 19.
- Pirella, A., 1980: Erfahrungen mit einer institutionellen Struktur: Reformismus und Negation. S. 19-40 in: M.M. Wambach, Hrsg., *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Rappaport, J./Cleary, C. P., 1980: Labeling Theory and the Social Psychology of Experts and Helpers. S. 71-96 in: M. S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer und J. Sigal, Hrsg., *Community Psychology. Theoretical and Empirical Approaches*. New York etc.: Gardner Press 1980.
- Rose, St. M., 1979: Deciphering Deinstitutionalization: Complexities in Policy and Program Analysis. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57: 429-460.
- Rothman, D., 1971: *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston: Little, Brown.
- Rotter, J.B., 1954: *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Scheff, Th. J., 1973: *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Schwarzer, R./Leppin, A., 1989: *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta- Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R./Leppin, A., 1990: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. S. 395-414 in: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Scull, A. T., 1980: *Die Anstalten Öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Scull, A. T., 1980: Die Monopolisierung der Irrenbehandlung: Anstalten und Ärzte. S. 43-58 in: M. M. Wambach, Hrsg., *Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp .
- Scull, A. T., 1974: *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in 19th Century England*. Diss. Department of Sociology, Princeton University .
- Seligman, M.E.P., 1975: *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco, CA: Freedman.
- Speiglman, R., 1979: Besprechung von: Andrew Scull: *Decarceration*. *Crime and Social Justice*, Spring/Summer 1979: S. 67-70.
- Sue, St./Zane, N., 1980: Learned Helplessness Theory and Community Psychology. S. 121-143 in: M. S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer und J. Sigal, Hrsg., *Community Psychology. Theoretical and Empirical Approaches*. New York etc.: Gardner Press 1980.

- Szasz, Th., 1961: *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper 1961; deutsch als: *Geisteskrankheit- ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*. Olten, Freiburg i.Br.: Walter 1972.
- Szasz, Th., 1970: *Ideology and Insanity*. New York: Doubleday; deutsch als: *Psychiatrie - die verschleierte Macht*. Freiburg: Walter 1975.
- Szasz, Th., 1971: *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. London: Routledge & Kegan Paul; deutsch als: *Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie*. Frankfurt: Fischer 1976.
- Szivos, S. E., 1988: *Consciousness Raising among Mentally Handicapped People: A Critique of the Implications of Normalization*. *Human Relations* 41: 641-653.
- Talbott, J. A., 1980: *Toward a Public Policy on the Chronic Mentally Ill Patient*. *American Journal of Orthopsychiatry* 50: 43-53.
- Team for the Assessment of Psychiatric Services, 1988: *Preliminary Report on Baseline Data from Friern and Claybury Hospitals*. London: North East Thames Regional Health Authority.
- Team for the Assessment of Psychiatric Services, 1990 a: *Better Out Than In?* London: North East Thames Regional Health Authority.
- Team for the Assessment of Psychiatric Services, 1990 b: *Moving Long-Stay Psychiatric Patients into the Community: First Results*. London: North East Thames Regional Health Authority 1990.
- Thornicroft, G./Gooch, C./Dayson, D., 1992: *The TAPS Project. 17: Readmission to Hospital for Long-Term Psychiatric Patients after Discharge to the Community*. *British Medical Journal* 305: S. 996-998.
- Thornicroft, G./Margolius, O./Jones, D., 1992: *The TAPS Project. 6: New Long-Stay Psychiatric Patients and Social Deprivation*. *British Journal of Psychiatry* 161: 621-624.
- Valpey, D.D., 1982: *The Psychological Impact of Eighteen Years in a Board and Care Home*. *Journal of Community Psychology* 10: 95-97.
- Wambach, M. M./Hellerich, G., 1980: „Arme Irre“ im Wohlfahrtsstaat. Decarceration, Deinstitutionalisierung und Entmarktung in den USA. S. 142-160 in: M.M. Wambach, Hrsg., *Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wambach, M. M., 1980: *Vorbemerkungen. Die Entfaltung der Psychiatrie als Transformation und Kontinuität*. S. 9-16 in: ders., Hrsg., *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Williams, D. H./Bellis, E. C./Wellington, S. W., 1980: *Deinstitutionalization and Social Policy: Historical Perspectives and Present Dilemmas*. *American Journal of Orthopsychiatry* 50: 54-64.
- Wing, J.K./Brown, G.W., 1970: *Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960-1968*. Cambridge.
- Wing, J.K., 1962: *Institutionalism in Mental Hospitals*. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1: 38-51.



Wolfensberger, W., 1984: A Reconceptualization of Normalization as Social Role Valorization. *Mental Retardation* 34(2): 22-26.

Wolfensberger, W., 1983: Social Role Valorization: A Proposed New Term for the Principle of Normalization. *Mental Retardation* 21(6): 234-239.

Wolfensberger, W., 1972: *The Principle of Normalization in Human Services*. National Institute on Mental Retardation. Toronto 1972.