



Patrick Jung

Die »verführerische Banalität« struktur- bildender Orte

Soziologische Perspektiven auf die
Gemeindepsychiatrie in Deutschland

BELTZ JUVENTA

Patrick Jung

Die „verführerische Banalität“ strukturbildender Orte

Patrick Jung

Die „verführerische Banalität“ strukturbildender Orte

Soziologische Perspektiven auf die
Gemeindepsychiatrie in Deutschland

BELTZ JUVENTA

Der Autor

Patrick Jung, Jg. 1982, Dr. phil., Dipl. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter (FH), ist u. a. Lehrbeauftragter an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Erfurt. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Sozialpsychiatrie, Klinische Soziologie und qualitativ-rekonstruktive Forschung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6012-6 Print

ISBN 978-3-7799-5287-9 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Hannelore Molitor

Satz: Christine Groh, Frankfurt am Main

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter:

www.beltz.de

Vorwort

Die Spuren zur Idee der vorliegenden Arbeit reichen bis in das Jahr 2001 zurück. Als Soziologiestudent besuchte ich zu diesem Zeitpunkt die Vorlesungen von Professor Dr. Bruno Hildenbrand an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Hier kam ich das erste Mal in Berührung mit psychiatrischen „Fällen“, wenn auch nur im Studium von Texten, was aber allmählich dazu führte, dass meine wissenschaftliche Neugierde geweckt wurde. Zwei Jahre später wechselte ich den Studienort an die Fachhochschule in Erfurt, allerdings überdurchschnittlich „entzaubert“ und frustriert von den Studienbedingungen in Jena und der mangelnden Berufsperspektive als Soziologe, ohne jedoch zu wissen, dass ich einige Jahre später, die theoretische und methodische Vielseitigkeit der Soziologie in einem weiteren Studium neu zu entdecken hatte. Ein integrativer Bestandteil des Studiums „Sozialwesen“ bestand vor allem darin, praxisbezogene Erfahrungen in einem oder mehreren Berufsfeldern der Sozialen Arbeit zu sammeln. Ich entschied mich dafür, mein Praxisjahr und meine weitere berufliche Laufbahn in einer Einrichtung zu verbringen, die gerade auf dem Weg war, ein Wohnheim für psychisch Kranke aufzulösen, was in sozialpsychiatrischen Kreisen oft fortschrittsoptimistisch mit den Wörtern „Deinstitutionalisierung“ und „Enthospitalisierung“ übersetzt wird. Im Bestreben um die „Ambulantisierung“ von Hilfeformen fanden auch hier bei genauerer Betrachtung, notwendige Prozesse von Institutionalisierung statt, selbst wenn sie vom Personal mit einem antipsychiatrischen Augenzwinkern negiert wurden. Dem Großteil der ehemaligen Heimbewohner gelang der *räumliche* Schritt aus der Einrichtung, sie zogen, entweder alleine oder in kleinteilige Wohngemeinschaften mit anderen „Ehemaligen“, in die unmittelbare Nähe zur Einrichtung, die jetzt unter einen anderen Namen, „Psychosoziales Zentrum“, ihre Arbeit neu zu organisieren hatte. Allerdings, und das interessierte mich nun fortan, war nicht zu übersehen, dass die vielbeschworene Ambulantisierung vom „Heim in die Gemeinde“ bei vielen ehemaligen Heimbewohnern *und* Professionellen eben nicht automatisch zur erhofften Ablösung und damit zu einer persönlichen Autonomisierung führte, wie das in einigen der klugen sozialpsychiatrischen Lehrbüchern unter dem Aspekt von den „institutions- zu den personenzentrierten Hilfen“ verhandelt wird. Das Gegenteil war ganz oft der Fall: Sozialarbeiter waren trotzdem rund um die Uhr, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr, wie in einer Heimstruktur als Ansprechpartner für ihre Klienten da, insoweit es dem persönlichen Bedarf beispielsweise der ehemaligen Heimbewohner entsprach, deren Sozialprognose im Vorfeld nicht unbedingt als hoffnungslos galt. Zwischen der professionell gestalteten Lebenswelt mit ihren Angeboten, Hilfen und Unter-

stützungsmöglichkeiten und den biographischen Verläufen ihrer Adressaten bestand ein Verhältnis, dass man zugespitzt als ein Totales beschreiben konnte. In einigen Fällen war es nahezu identisch. Aus der gemeindepsychiatrischen Hoffnung war eine Psychiatriegemeinde entstanden. Nach der vermeintlichen Zerschlagung der unliebsam gewordenen Strukturen und Arbeitsweisen, entwickelte sich offensichtlich für viele alte und auch neue Klienten eine Daseinsform, die der Althergebrachten in vielen Punkten ähnelte: das gemeinschaftliche Wohnen zur Untermiete beim psychosozialen Leistungserbringer, die Möglichkeit zur Gestaltung des Tagesablaufs, der Freizeit in und durch die Hilfe der Einrichtung, die Aufnahme einer lohnabhängigen Arbeit als Beschäftigungsmöglichkeit, entweder beim Träger der Einrichtung oder in anderen psychosozialen Versorgungskontexten. Die Frage, die sich, nicht nur mir, sondern auch den leitenden Fachkräften der Einrichtung zunehmend stellte, war prekär: Wie kann es sein, dass wir „personenzentriert“ Arbeiten und gleichzeitig einen Lebensentwurf von psychisch Kranken befeuern, der sich im Wesentlichen unter einer gemeindepsychiatrischen „Glocke“ abspielt? Ist die Psychiatrie in der Gemeinde nichts anderes, als eine bessere und kostengünstigere Verwahranstalt? Lösungen mussten her, fixe Ideen wurden gesponnen und wieder verworfen, zusätzliche Gelder für neue Projekte akquiriert, so dass kleinteiligere Einrichtungen in anderen Sozialräumen entstehen konnten...

Die vorliegende Arbeit schöpft gewissermaßen aus diesen Erfahrungen, die zunächst in der Begegnung mit Prof. Dr. Joachim Renn in die theoretische Überlegung einer soziologischen Dissertation mündeten, aber erst durch die Forschungspraxis der Klinischen Soziologie fruchtbar gemacht werden konnten. Dafür bin ich insbesondere Prof. Dr. Bruno Hildenbrand zu Dank verpflichtet, ohne dessen kritisch-freundliche Betreuung und kontinuierliche Begleitung mein Forschungsvorhaben wahrscheinlich versandet wäre. Ebenfalls möchte ich Prof. Dr. Anja Pannewitz für die unkomplizierte Möglichkeit eines Zweitgutachtens danken. Durch die begleitende Kommentierung von Prof. Dr. Marlene Bock von der Fachhochschule Erfurt schloss sich schließlich der Kreis im Spagat zwischen sozialer Arbeit und wissenschaftlicher Tätigkeit. Bedanken möchte ich mich insbesondere auch bei den Personen, die sich mir für die Studie zur Verfügung gestellt haben. Zu einem Abschluss wäre es allerdings nie gekommen, wenn ich nicht die dafür benötigte Ruhe, Rücksichtnahme, Zeit und den mir dafür herangetragenen Raum an Gelassenheit gehabt hätte. Dafür möchte ich meiner Frau Kathrin Danke sagen, die mich als eine wohlwollende Kritikerin, fleißige Korrekturhilfe und wertschätzende Ideengeberin, vor allem an schwarzen Tagen, immer wieder ermuntert und unterstützt hat. Dazu gehören schließlich auch meine Eltern, Christiane und Kurt Jung.

Inhalt

Einleitung	9
Zur Übersicht der vorliegenden Studie	15

Kapitel I Theoretische und historische Kontexte

1. Soziale und Anthropologische Psychiatrie	18
1.1 Was ist das „Soziale“ an der Sozialpsychiatrie?	18
1.2 Exkurs: Zur gegenwärtigen Sprachlosigkeit zwischen Soziologie und Psychiatrie	21
1.3 Die (verpasste) Chance einer anthropologischen Fundierung der sozialen Psychiatrie	25
2. Methodologische und methodische Anlage der Studie	31
2.1 Ausgangspunkte qualitativ-rekonstruktiver Sozialforschung	31
2.2 Forschungspraktisches Vorgehen und Herausforderungen	36

Kapitel II Fallrekonstruktionen

3. Thomas Krüger: „Ich brauch dann so genannten roten Faden“	52
3.1 Erste Orientierung	52
3.2 Der Verlust vom „so genannten roten Faden“	57
3.3 Das Innere ordnen durch eine äußere Ordnung	66
4. Kerstin Wagner: „Ich wollts immer aufm normalen Weg irgendwie schaffen.“	74
4.1 Erste Orientierung	74
4.2 „Schritt für Schritt“ zurück ins alltägliche Leben	77
4.3 Der Versuch vom „normalen Weg“	89

5. Christiane Schröder: „Ich bin gerne für andere da, aber ob Andere für mich das sein werden ((lacht))? Völlig offen (5). Von daher ist gut, dass den Verein gibt und wenn so (.) so nen innerer Anker ist.“	98
5.1 Erste Orientierung	98
5.2 An „entscheidenden Punkten“ etwas Entscheidendes bewirken	101
5.3 Der „innere Anker“	114

Kapitel III Fallvergleich und Ergebnissicherung

6. Sich selbst und der Welt fremd	124
6.1 Psychopathologie	125
6.2 Die Zumutungen der Anstaltspsychiatrie	131
6.3 Erstes Fazit: Die reformpsychiatrische Versorgungsschimäre von ambulant „vor“ oder „statt“ stationär	138
7. Aneignung und Wirksamkeit der ambulanten Einrichtungen	141
7.1 Habituelles Krankheitsverhalten und Krankenrolle	141
7.2 Der Beitrag des Personals	145
7.3 Zweites Fazit und ein integratives Diagramm: Die Gemeindepsychiatrie als strukturbildender Ort: eine „verführerische Banalität“	152

Kapitel IV Schlussbetrachtungen

8. Für was könnte die Psychiatrie eigentlich gut sein und ab wann sollte man sie trotzdem meiden?	158
8.1 Vorschläge für ein Neubedenken	159
8.2 Die Grenzen der Studie und weiterführende Überlegungen	165
Literatur	166
Internetquellen	175
Transkriptionsregeln	176

Einleitung

Vom Autor der „Buddenbrooks“ und späteren Literaturnobelpreisträger Thomas Mann gibt es eine weniger bekannte, aber doch bedeutende frühe Novelle, in der er in meisterhaften Stimmungsbildern seinen eigenen seelischen Leidensweg zwischen Künstlertum und Bürgerlichkeit einfängt und in Form der Person Tonio Kröger dem Leser zugänglich macht. Tonio ist, wie sein Autor, ein begnadeter Dichter, der im Umgang mit anderen gehemmt ist und im Gespräch mit der befreundeten Malerin Lisaweta Iwanowna dem eigenen Mangel an Lebensbegabung mit folgenden Worten Ausdruck verleiht: „Nein, das ‚Leben‘, wie es als ewiger Gegensatz dem Geiste und der Kunst gegenübersteht, – nicht als eine Vision von blutiger Größe und wilder Schönheit, nicht als das Ungewöhnliche stellt es uns Ungewöhnlichen sich dar; sondern das Normale, Wohlanständige und Liebenswürdige ist das Reich unserer Sehnsucht, ist das Leben in seiner verführerischen Banalität!“ (Mann 2005: 46).¹

Als Thomas Mann am Anfang des 20. Jahrhunderts diese Zeilen schrieb, war außerhalb dieser literarischen Welt schon längst die Zeit der großen psychiatrischen Anstalten, der Irrenhäuser angebrochen, in der sich die Psychiatrie als moderne medizinische Wissenschaft zunehmend etablierte. Es mag vielleicht Zufall gewesen sein, dass Mann seinen Titelhelden als einen „Bürger auf Irrwegen“ (ebd.: 49) bezeichnete und sein Schicksal nicht jener Institution übertrug, die sich nun den „verirrten Bürgern“ annahm und in den 1960er und 1970er Jahren als Anstaltspsychiatrie zunehmend in den kritischen Fokus von psychiatrisoziologischen Untersuchungen geriet. Davon ist leider hierzulande wenig übriggeblieben, weshalb meine Grundthese für die vorliegende Arbeit lautet: Die Wellen der großen Psychiatriekritik sind verebbt und eine ihrer Anpeitscherin,

1 Am Ende der Erzählung resümiert Tonio: „Ich stehe zwischen zwei Welten, bin in keiner daheim und habe es infolge dessen ein wenig schwer“ (Mann 2005: 81). Gemeint ist hier, das zwiespältige Verhältnis und der zentrale Konflikt von Tonio Kröger als Künstler zur bürgerlichen Sphäre, in der sich sein Autor, nämlich Thomas Mann, ein Leben lang selber leidenschaftlich wähnte. Der Literaturkritiker und Thomas Mann Bewunderer, Marcel Reich-Ranicki, hat in seiner Einschätzung zum Fall Tonio Kröger eine, wie ich finde, treffende Formulierung gefunden: „Die Einsamen, die Verlassenen und die Benachteiligten, die ihren Platz in der Gesellschaft nur mühevoll oder überhaupt nicht finden, die aus dem Rahmen fallen und es schwer mit sich selber haben, die nicht in Eintracht mit Gott und der Welt leben können, die sich im Gegensatz zu den Gewöhnlichen und den Ordentlichen fühlen. Es ist ein Buch (die Erzählung Tonio Krögers, P. J.) für jene, die, ob Bürger oder nicht, auf Irrwege geraten und die etwas mehr leiden als andere, weil sie etwas mehr wissen, und die etwas mehr wissen, weil sie nicht aufhören, das, was sie glauben erkannt zu haben, gleich anzuzweifeln“ (Reich-Ranicki 2015: 125).

die Soziologie, hat ihre Relevanz als Krisen- und Kritikwissenschaft in der Arena vielfacher Deutungsangebote zum Umgang mit der Psychiatrie eingebüßt (vgl. Elstner/Hildenbrand 2009). Das ist erklärungsbedürftig und benötigt zumindest für den Anfang eine kurze Klärung, bevor ich hier auf die zugrundeliegende Forschungsfrage zu sprechen komme.

Das Jahr 1975 steht wie kein anderes in der jüngeren Geschichte der – bis dahin noch geteilten – Bundesrepublik Deutschland für ein Versprechen. Ein Versprechen, dass freilich über die schlichte Kenntnisnahme der „mißlichen Lage“ asylierter Insassen der Psychiatrie hinausgehen sollte: Eingebettet in die Aufbruchsstimmung kulturevolutionärer Potenziale der bundesrepublikanischen Studentenbewegung Ende der 1960er Jahre, galt es zu diesem Zeitpunkt die als höchst mangelhaft und menschenfeindlich empfundenen Zustände jener Personengruppe, deren Lebenspraxis unter dem Banner einer psychiatrischen Totalinstitutionalisierung im Keim zu ersticken drohte, zu brechen. Das im Antlitz einer maroden Anstaltspraxis nicht einzulösende Ideal eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit psychischen Erkrankungen rief im Westen des geteilten Nachkriegsdeutschlands einen heftigen bis radikalen Widerstand hervor. In den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden bereits auf internationalem Parkett vor allem in der sozialwissenschaftlichen Diskussion, und hier allen voran von soziologischer Seite, gesellschaftskritische Stimmen laut, die das psychiatrische Versorgungssystem miterfasste und wichtige Impulse bezüglich einer Reorganisation der psychiatrischen Versorgung setzen wollten (vgl. Basaglia 1973; Castel 1982, 1983; Dörner 1975; Foucault 1973, 2005; Goffman 1973; Scheff 1966).

Während in den westlichen Industriegesellschaften englischer, französischer oder italienischer Provenienz allmählich der öffentliche Diskurs über die Praxis der ausschließenden Psychiatrie deutlich stärker in den Vordergrund trat, wurde die öffentliche Auseinandersetzung um das Feld der bundesrepublikanischen Nachkriegspsychiatrie eher noch in einem nebulösen Dunst, wenn nicht gar „Dämmerzustand“ geführt (Keupp 1987: 174). Erst im Jahre 1975 stand endlich ein ernstzunehmender Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland in Form eines über 400 Seiten dicken Dossiers zur Verfügung, der „die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland (als) dringend verbesserungsdürftig“ beurteilte (Bericht der Enquête-Kommission 1975: 6). Die durch die dokumentierte Berichterstattung angestoßene Aufmerksamkeit und daran anknüpfende katalytische Wirkung für den innerpsychiatrischen Reformwille betraf insbesondere die „mißliche Lage“ der psychiatrischen Fachkrankenhäuser: „Von den Mißständen in diesem Versorgungssektor ging der Anstoß aus, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquête zu beauftragen“ (ebd.).

Das gesellschaftspolitisch zum Ausdruck gebrachte Mandat für eine „sozialere“ Psychiatrie implizierte zunächst einmal die Notwendigkeit sozialstaatlich aufgelegter Programme, zumal die Reformvorschläge der beauftragten Sachver-

ständigen-Kommission zur Neuordnung der bisherigen psychiatrischen Versorgungslandschaft eben nicht nur als „Sofortmaßnahmen“ gedacht waren (vgl. ebd.: 16 ff.). Uneinigkeit bestand, damals wie heute, insbesondere bei der Frage nach dem einzuschlagenden Weg, der eine Modernisierung von „unzeitgemäßen“ Strukturen in der deutschen Psychiatrielandschaft vorantreiben könne und wie eine Re-Kommunalisierung psychischen Leids nun eigentlich auszusehen habe.

Nach über 40 Jahren Psychiatrie-Enquête gibt es nun unzählige und widerstreitende Einschätzungen darüber, ob ‚tatsächlich‘ eine Reform, Modernisierung oder doch ‚nur‘ eine Art sozialpsychiatrische „Möblierung“ der alten Anstaltspsychiatrie stattgefunden habe oder nicht. Ich möchte daran erinnern, dass es bei Bilanzierungen zur deutschen Psychiatriereform üblich ist, die betreffenden Patientinnen und Patienten² in psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen selber nicht zu Wort kommen zu lassen, was den sozialpsychiatrischen Diskurs über sich selbst scheinbar kennzeichnet.³

Mein Vorgehen wird ein Anderes sein, doch zunächst möchte ich zwei Autoren zu Wort kommen lassen, die eine kritische Sicht vertreten. Ernst von Kardorff fragte anlässlich des 40jährigen Geburtstages „Was aus dem gesellschaftspolitischen Projekt der Psychiatrie geworden (sei)?“ und kommt zu dem Ergebnis: „Diese Verknüpfung der Psychiatriereform mit einer radikalen politischen Kritik des subjektiven Leidens an den gesellschaftlichen Verhältnissen und einer grundsätzlichen Kultur- und Wissenschaftskritik an der Psychiatrie erwies sich als kurzlebig. Sie verblieb weitgehend im akademischen Milieu und erreichte nur einen Teil der Beschäftigten in der Psychiatrie, von der Mehrheit der Patientinnen und Patienten ganz zu schweigen“ (Kardorff 2015: 150).

Eine andere kritische Stimme unter vielen ist die von Hans Joachim Salize, der das ernüchternde und bemerkenswerte Fazit zieht: „Will man es pointiert ausdrücken, erscheint die heutige sozialpsychiatrische Versorgung hierzulande als ebenso autarkes und erstarrtes System wie die Anstaltspsychiatrie, als deren Gegenmodell sie einst entworfen worden ist und die Goffman als totale Institution charakterisierte“ (Salize 2012: 199).

-
- 2 Im Wesentlichen werde ich mich aufgrund der besseren Lesbarkeit auf die männliche Anredeform beschränken. Da, wo es aus inhaltlich-sachlichen Gründen geradezu anmutet, eine differenzierte und geschlechtssensiblere Version des Angesprochenen darzubieten, werde ich die Wahl der Anredeform anpassen.
 - 3 Ausnahmen bestätigen hier leider nicht die Regel. Im Sammelband von Jürgen Armbruster et al. (2015) zum 40jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquête befinden sich immerhin zwei bemerkenswerte Bilanzierungs-Artikel aus der Sicht von Psychiatrieerfahrenen (Hölling 2015; Russo 2015) und einem Angehörigen (Peukert 2015), die allerdings unterschiedlicher nicht hätten ausfallen können.

Während von Kardorff noch daran erinnert, dass mit der „Ausdifferenzierung der Gemeindepsychiatrie als neue(s) Handlungssystem“ (Kardorff 2015: 152) die professionellen (Führungs-)Eliten in der Mehrheit selber nur wenig Veränderungswillen⁴ zeigten, macht Salize hingegen auf etwas aufmerksam, was hierzulande unter den psychiatrisch Tätigen im Geiste eines modernitätsgläubigen Positivismus gern vergessen wird: Mit der bloßen Beseitigung der alten Anstaltspsychiatrie sind die scheinbar mauergebundenen Momente von psychiatrischer Entmenschlichung und Entfremdung nicht gleichzeitig wie vom Erdboden verschwunden.

So schreibt bereits der saarländische Psychiater Wolfgang Hofmann im Jahr 1983 weitblickend, dass „der totale Charakter psychiatrischer Institutionen nicht an Mauern gebunden (sei). Jede Tagesklinik, Wohngemeinschaft oder therapeutische Gruppe kann zum Instrument totalitärer Therapie werden, die Individualität unterdrückt“ (1983: 39). Die Fixierung der europäischen Reformpsychiatrie auf eine generelle Kritik an der psychiatrischen Verwahranstalt als Ort des Grauens und Schreckens, der er unbestritten und bezeichnenderweise bis weit in die 1990er Jahre im „aufgeklärten“ Deutschland war (vgl. Klee 1993), hat scheinbar vergessen lassen, dass der alternative Auf- und Ausbau einer gemeindenahen Psychiatrie *nicht* automatisch auch eine menschenwürdige Existenz für psychisch kranke Menschen garantiert.

So kommt zum Beispiel ein Bericht der Gesundheitsministerkonferenz zur „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland“ aus dem Jahr 2012 zu dem interessanten Ergebnis, dass insbesondere die Gruppe der chronisch psychisch Kranken ein „hochriskantes“ Leben in der Gemeinde führe. Die Autoren des Berichtes sehen ein eklatantes Spannungsfeld zwischen den Chancen zu einer echten „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ und den Risiken einer erneuten Ausgrenzung, da viele dieser Menschen sich „rund um die Uhr in einer professionell gestalteten Lebenswelt“ aufhalten würden, die eben nicht Ausdruck einer gelebten sozialen Normalität sei (Bericht der AG Psychiatrie 2012: 9).

Diese zu Bedenken gebenden Entwicklungslinien hätten Politiker und psychiatrisch Tätige durchaus schon früher sehen können, wenn sie den brillanten

4 Das entspricht auch der Erkenntnis von Eckhard Giese aus dem Jahr 1984, der programmatische Unterschiede der Reformperspektiven zwischen Italien und der damaligen Bundesrepublik festhält. Die demokratische Psychiatrie Italiens zielt, laut Giese, generell auf eine Auflösung der psychiatrischen Verwahreinrichtungen. Hingegen sei die Sozialpsychiatrie deutscher Prägung vorrangig auf die Humanisierung der Psychiatrie ausgerichtet gewesen (Giese 1984: 238). Insofern verwundert es auch nicht, wenn von Kardorff schwärmerisch an die Ideen des italienischen Psychiaters Franco Basaglia (1973) erinnert und dort auf Anknüpfungspunkte für eine „neue gesellschaftspolitische Debatte“ in Deutschland hinweist (Kardorff 2015: 161).

Aufsatz zur Sektorpsychiatrie von Erich Wulff (1980) – weit vor ihrer Zeit – eben nicht nur als „sozialpsychiatrische Utopie“, sondern auch als reelle Möglichkeit zur Kenntnis genommen hätten. Wulff nimmt dort ein Buchcover⁵ der *Aktion Psychisch Kranke* zum Thema „gemeindenahe Psychiatrie“ aufs Korn und stellt abschließend fest: „Um den Preis einer Ghettoisierung möchte ich keine Gemeindenähe im Sektor haben, den ich versorge, und wohl auch der Autor dieser Zeichnung wird sie kaum wollen, wenn er mit seinen in ihr verborgenen Wünschen konfrontiert wird“ (Wulff 1980: 138).

Zweifelsfrei gleicht nun das aktuelle Erscheinungsbild des gesamtpsychiatrischen Systems in Deutschland eher einem funktionell ausdifferenzierten Gefüge, als einer homogenen Lokalisierung von psychiatrischen Großinstitutionen, wie sie vor allem in der soziologischen Tiefenschärfe eines Erving Goffman (1973) oder in der Machtanalytik Michel Foucaults (1973, 2005) noch kritisch ins Visier genommen wurden. Im Gravitationsfeld der psychiatrischen Praktiken etablieren sich in Deutschland zunehmend (sozialpsychiatrische?) Versorgungsstrategien, die gegenwärtig vor allem unter dem Eindruck der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stehen und die die zukünftige Organisation gemeindepsychiatrischer Hilfen unter bedeutungsschwangere Schlagwörter wie „Personenzentrierung“ (Aktion Psychisch Kranke et al. 2004), „Subjektorientierung“ (Dobslaw 2011), „Teilhabe“ (Brückner 2014) oder gar „Inklusion“ (Görres/Pirsig 2010) setzen.

Zusammenfassend könnte man nun folgendes fragen: Wie „sozial“ ist eigentlich die Sozial- und Gemeindepsychiatrie, wenn die erklärte Zukunft in Deutschland möglicherweise einer Psychiatrie „ohne Einrichtungen“⁶ gehöre, in der ihre Adressaten subjektorientiert und personenzentriert ein Leben in der Gemeinde jenseits von Anstaltsmauern zu verbringen hätten? Anschließend könnte man zur Beantwortung dieser Frage den üblicherweise weitverbreiteten empirischen Blick auf statistische Daten schweifen lassen. Ich möchte das kurz demonstrieren, um zu zeigen, dass diese Art von Forschung wenig geeignet scheint, die Perspektiven der Adressaten von psychiatrischen Hilfen einzuholen.

Im Tabellenanhang des schon erwähnten Berichtes der Gesundheitsministerkonferenz zur „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland“ aus dem Jahr 2012 wird der interessierte Leser darauf aufmerksam gemacht, dass von psychiatrischen Hilfen ohne institutionelle Rücken- deckung, sei es klassischer Weise in stationärer, teilstationärer oder ambulanter

5 Die Umschlagseiten der Schriftenreihe, die der Aktion Psychisch Kranke als Tagungsdokumentationen dienen, sind nach wie vor in derselben graphischen Aufmachung, wie sie von Wulff noch kritisch karikiert wurden.

6 So die soziologisch wenig gehaltvolle Titelwahl der Jahresveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im Jahre 2013 in Erfurt.

Form, noch keine Rede sein kann (Tabellenanhang im Bericht der AG Psychiatrie 2012: 3 ff.). Das Bundesland Hessen wäre eines der wenigen Beispiele dafür, welches innerhalb von 10 Jahren (2000 bis 2010) einen kontinuierlichen Abbau von Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern zu verzeichnen hat. In sieben bundesdeutschen Ländern liegt dagegen der Trend eher im sukzessiven Ausbau der klinisch-stationären Psychiatrie (ebd.: 5).⁷

Hinzu käme, was jüngst der Deutsche Ethikrat herauszufinden gedenkt und in einer Stellungnahme unter folgender Frage erarbeiten möchte: Inwiefern sind Zwangsmaßnahmen nicht nur in der psychiatrischen Versorgung, sondern auch im Bereich der Pflege, der Sozialen Arbeit, der Kinder- und Jugendhilfe, sowie in der Behindertenhilfe ethisch und rechtlich problematisch und welcher Veränderungsbedarf wäre hier für die Praxis dringend notwendig? Wie auch immer das Ergebnis aussehen mag, von der Statistik kann man genaueres erfahren: Von den rund 420 psychiatrischen Kliniken in Deutschland sind 400 im Besitz von geschlossenen Abteilungen in der Akutpsychiatrie und lediglich 20 psychiatrische Kliniken würden auf eine solche verzichten (Bühning 2017: 440).

Mit einer möglichen Diskussion um die erwähnten Quellen könnten die folgenden Fragen *nicht* beantwortet werden:

1. Wie *wirken* psychiatrische Institutionen auf ihre Patientinnen und Patienten?
2. Was *bedeutet* der gleichzeitige Ausbau der klinisch-stationären Behandlungspraxis? Mehr Zwang, mehr Hilfe oder mehr Ausschluss?
3. Welche ambulanten Alternativen und Perspektiven haben die Patienten in Hessen und können sie sich die Versorgungsangebote überhaupt *aneignen*?
4. Ist eine Psychiatrie der „offenen Tür“, wie sie insbesondere noch unter Matthias Krisor (1993) in Herne praktiziert wurde, mittlerweile nicht mehr geeignet, wenn der Großteil der psychiatrischen Kliniken nach wie vor auf geschlossene Akutabteilungen setzt?

Hinreichende und plausibel erscheinende Antworten auf diese Fragen können auf der Grundlage von standardisierten Erhebungs- und Auswertungsinstrumenten nicht im Ansatz gegeben werden. Mein Ausgangspunkt der vorliegenden Studie ist deshalb die Frage nach der *lebensgeschichtlichen Bedeutung der*

7 Eindrücklichere Zahlen liefert Bernward Vieten, der insbesondere den „rasanten Anstieg der Aufnahmen in forensisch-psychiatrische Kliniken“ belegt (Vieten 2015: 343). Auch Matthias Heißler zeigt anhand von Zahlen, dass der „Trend zur Reduktion von stationären Betten“ sich seit Jahren umkehrt, was wohl vor allem an der „verstärkte(n) Binnenspezialisierung“ liege (Heißler 2015: 208).

Gemeindepsychiatrie in Deutschland aus der *Sicht* ihrer Klientinnen und Klienten:

Was hat die Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung der Gemeindepsychiatrie gebracht? Hat sie einen Fortschritt gegenüber den von Erving Goffman beschriebenen Hospitalismus-Syndrom gebracht oder ist das die Fortsetzung mit anderen Mitteln? Unterscheidet sich die gemeindepsychiatrische Praxis gegenüber der Anstaltspsychiatrie lediglich dadurch, dass sie keine Mauern hat?

Zum *Einen* wird hier der Versuch unternommen, die zur Diskussion stehende „reformierte“ institutionelle Psychiatrie *aus der Sicht* ihrer Adressaten mit den Mitteln der Fallrekonstruktiven Forschung zu erschließen. Hierbei unterstelle ich, dass die aktuelle sozialpsychiatrische Forschungslandschaft in Deutschland weitestgehend auf eine sozialwissenschaftliche, genauer: qualitativ-rekonstruktive Fundierung ihrer Anliegen verzichtet und sich aktuell, wie Luc Ciompi feststellt, voll im „Trend zur evaluativen Versorgungsforschung“ befindet (Ciompi 2001: 758). Im Vergleich zu einem fallrekonstruktiven Ansatz (vgl. Kraimer 2000, Hildenbrand 2005) kann die so genannte Versorgungsforschung kaum, wenn überhaupt, die vielfältigen sozialen Lebensbezüge von Menschen in den Blick bekommen, die in psychiatrischen und psychosozialen Handlungsfeldern als „Fälle“ auftauchen.⁸

Zum *Anderen* soll hier die Perspektive einer Psychiatrischen Soziologie als Klinische Soziologie (Elstner/Hildenbrand 2009; Hildenbrand 2017) so vorangetrieben werden, dass sie in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen „Psychiatrie“ ihr kritisches Potenzial zugleich nicht über- noch unterschätzt. Die Rede ist von einem übertriebenen, zumal theoretischen, Aktivismus die Psychiatrie in „Bausch und Bogen zu soziologisieren“ (Kisker 2011: 168) ohne gleichzeitig die Überlegung anzustellen, wie man es besser machen könnte.

Zur Übersicht der vorliegenden Studie

Im *ersten* Teil werde ich einen historischen und theoretischen Blick auf die Sozialpsychiatrie, ihr Verhältnis zur Anthropologischen Psychiatrie und zur Psychiatrischen Soziologie richten, um zu unterstreichen, dass psychiatrisches und

8 Meine These dazu lautet, dass die gegenwärtigen Ansätze in der Versorgungsforschung die Durchökonomisierung des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens und der darin beteiligten Professionen vorantreibt: Planbar und bezahlbar an psychiatrischer Versorgung ist schlussendlich alles das, was sich gegenüber den Kostenträgern anhand von *Zahlen* belegen und quantifizieren lässt. Und dazu passt eben eine „empirische“ Forschungsmethodik, die diesem Interesse an mathematischen Eifer entgegen arbeitet und, weil sie quantifizierend vorgeht, notwendigerweise *ohne* erkennbaren Bezug zum Einzelfall geprägt ist.

psychosoziales Handeln ohne Fallbezug, das heißt, ohne sich „auf das Wesen des Menschen zu beziehen bzw. aus ihm heraus zu verstehen“ (Blankenburg 2007: 71) sich lediglich auf ein versorgungstechnisches Denken reduziert. Die methodische Konsequenz aus dieser Überlegung ist die der Fallrekonstruktiven Sozialforschung, deren Forschungspraxis ich im Anschluss an die theoretische Diskussion anhand meines eigenen forschungspraktischen Vorgehens zeigen werde.

Der *zweite* Teil präsentiert dann die Ergebnisse in Form von drei Fallmonographien, die als Resultat meiner Feldforschung zu betrachten sind und in der „Sprache des Falles“ (Oevermann 2002: 21) rekonstruiert wurden.

Der *dritte* Teil bildet eine Synopse der Ergebnisse, die aus einem systematischen Fallvergleich stammt. Eine zentrale Bilanz der Studie wird sein, dass die ambulanten Einrichtungen im Kontext der Gemeindepsychiatrie einen Hort strukturbildender Kraft ausstrahlen, die es den untersuchten Fällen ermöglicht, ihr entgleistes Leben in die Bahnen einer „verführerischen Banalität“ zurück zu navigieren (Mann 2005: 46).

Im *vierten* und letzten Teil werde ich einige Schlussbetrachtungen zu den Konsequenzen aus den Ergebnissen anstellen, die die Perspektiven einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in Deutschland betreffen. Abschließend werde ich kurz die Grenzen der Studie aufzeigen.

Kapitel I

Theoretische und historische Kontexte