

**Die Exklusions-/Inklusionsdebatte
in der Psychiatrie und ihre Auswirkung
auf die soziale Stellung der Betroffenen**

Diplomarbeit

zur Erlangung des Grades eines Diplom – Sozialarbeiters
vorgelegt an der Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein
im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von: **Lars Helfrich**

Matrikel - Nr.: 2127

Erstkorrektor: **Herr Prof. Dr. Kurt Lipke**

Zweitkorrektor: **Herr Prof. Dr. Raimund Hassemer**

Abgabedatum: 12.01.2011

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1. Die Bedeutung von Inklusion und Exklusion in den Sozialwissenschaften	7
1.1. Exklusion als Ausschluss vom Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Bindungen	8
1.2. Inklusion und Exklusion als Maßstab für soziale Teilhabemöglichkeiten	9
1.3. Inklusion und Exklusion als Prozess	10
1.4. Resümee	11
2. Die UN – Behindertenrechtskonvention	12
2.1. Die Entstehung der UN – Behindertenrechtskonvention	12
2.2. Generelle Bedeutung der UN – Behindertenrechtskonvention	13
2.3. Bedeutung der UN – Behindertenrechtskonvention für die Bundesrepublik Deutschland	14
2.4. Inklusion oder Integration?	15
2.5. Bewertung des Inklusionsgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention	17
3. Die Geschichte der Inklusion und Exklusion psychisch beeinträchtigter Menschen	20
3.1. Die Vormoderne	20
3.2. Die erste Welle sozialer Ausgrenzung	21
3.3. Die Entstehung der Psychiatrie	23
3.4. Extramurale Betreuungsformen contra Anstaltsparadigma	26
3.5. Exkurs: Die totale Institution	31
3.6. Zunehmende Exklusion im Kaiserreich	33
3.7. Vom „Weniger sein“ zum „Nicht mehr sein“	37

3.7.1. Degenerationslehre – Sozialdarwinismus – Eugenik – Rassenhygiene	37
3.7.2. Zwangssterilisation	39
3.7.3. Die Ursachen der Euthanasie	39
3.7.4. Die Durchführung der Euthanasie	41
3.8. Die Psychiatrie – Enquete	41
3.9. Antipsychiatrie	43
3.10. Sozialpsychiatrie	44
4. Heimbewohner zwischen Inklusion und Exklusion	50
4.1. Die Entstehung der Heimbetreuung	50
4.2. Kritik an der Heimbetreuung	51
4.3. Inklusionsfördernde Ansätze für das sozialpsychiatrische Wohnheim	53
4.3.1. Empowerment	53
4.3.2. Der personenzentrierte Ansatz	56
4.4. Die Dezentralisierung und Regionalisierung des Masurenhofs	57
4.4.1. Das Wohnheim Lambsheim	59
4.4.2. Umbau des Wohnheims in Tiefenthal	62
4.5. Fazit	63
5. Inklusion durch bürgerschaftliches Engagement?	65
6. Schlussteil: Inklusion oder zunehmende Exklusion?	69
7. Literaturverzeichnis	72
Ehrenwörtliche Erklärung	79

Einleitung

Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, daß man seinen Nachbarn einsperrt.¹

Psychisch beeinträchtigte Menschen mussten über Jahrhunderte hinweg unter Ausgrenzung leiden.

Erst seit einigen Jahrzehnten hat die Gesellschaft damit begonnen, sich der eingangs zitierten Erkenntnis nach und nach anzuschließen.

Vorläufiger Höhepunkt dieser Entwicklung ist die UN – Behindertenrechtskonvention, die auch für Deutschland seit 2009 verbindlich ist. In ihr wird das Anrecht auf volle und wirksame Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft auch für Menschen mit seelischer Behinderung ausdrücklich bestätigt.²

Psychisch beeinträchtigte (kranke/behinderte) Menschen oder „Verrückte“ („Irre“) sind aufgrund eines ihnen selbst und ihren Mitmenschen fremd gewordenen, ängstigenden oder irritierenden Erlebens, Denkens und Handelns zugleich aus ihrer eigenen Mitte und der ihres Lebensumfeldes *verrückt*. Wegen ihrer oft nur schwer versteh- und einfühlbarer Kommunikation, ihrem widersprüchlichen und unvernünftig erscheinenden Handeln sowie Beeinträchtigungen ihrer Leistungsfähigkeit sind sie besonders davon bedroht, aus der gesellschaftlichen Ordnung herauszufallen.³

Die Psychiatrie hat im Auftrag der Gesellschaft in Vergangenheit und Gegenwart mit der Behandlung und Betreuung psychisch beeinträchtigter Menschen die soziale Stellung ihrer Klientel maßgeblich beeinflusst.

Unter den Leitkategorien „Inklusion“ und „Exklusion“ werden in der vorliegenden Diplomarbeit die Auswirkungen dieses Umstands für die Betroffenen gründlich untersucht werden.

¹ Dostojewskij zit. Nach Foucault 1973: S.7

² Vgl. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) 2008: S. 1424

³ Vgl. von Kardorff 2005: S. 256

Das erste Kapitel beleuchtet zunächst die Ursprünge des Begriffs „Inklusion“ und des Gegenstücks „Exklusion“. Danach wird der Frage nachgegangen, welche Definitionsmöglichkeiten es für diese Begriffe gibt und inwieweit sie zur Beschreibung der sozialen Stellung von Menschen mit Behinderungen dienlich sind.

Das zweite Kapitel widmet sich dem Inhalt und den Folgen der UN – Behindertenrechtskonvention. Der Fokus wird darauf gerichtet sein, welche Bedeutung „Inklusion“ in der Konvention hat und wie dies zu bewerten ist.

Eine Auseinandersetzung mit der Inklusion psychisch beeinträchtigter Menschen wäre nur eingeschränkt verstehbar, würde sie die Jahrhunderte der Ausgrenzung ausblenden. Das dritte Kapitel beschreibt die vielfältigen Formen der Exklusion im Laufe der Geschichte genauso wie die Bemühungen, die gegen Entmündigung und Ausgrenzung gerichtet waren.

Eine besonders häufige Form der Exklusion war die langfristige Einweisung in entlegene psychiatrische Anstalten. Seit den 1960er Jahren wurden die sogenannten Langzeitpatienten größtenteils in Wohnheime verlegt, was an der Situation der Ausgrenzung zunächst kaum etwas änderte. Das vierte Kapitel untersucht am Beispiel der sozialpsychiatrischen Einrichtungen des Masurenhofs, welche Schritte notwendig sind, um die Betreuung im Heim so zu gestalten, dass die Inklusion der Klienten nicht verhindert, sondern unterstützt wird.

Als Mittel, um das Inklusionsparadigma umzusetzen, wird die Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements gepriesen. Die Unterstützung durch professionelle Fachkräfte soll zurückgefahren werden und ehrenamtliche Unterstützer sollen dafür sorgen, dass psychisch beeinträchtigte Menschen nicht mehr auf Hilfe im „sozialpsychiatrischen Ghetto“ angewiesen sind. Im fünften Kapitel wird analysiert, welche Probleme ein solches Verständnis von Inklusion in sich trägt.

Zum Schluss wird anhand dreier Debatten aus dem Jahr 2010 versucht einen Eindruck des sozialen Klimas in Deutschland zu bekommen. Ist die Gesellschaft bereit für die Idee der Inklusion oder scheint es vielmehr Tendenzen zu geben, die eine Zunahme der Exklusion befürchten lassen?

Grundlage für die Entstehung dieser Arbeit war der Besuch des Studienschwerpunkts „Soziale Arbeit mit psychisch kranken/behinderten Menschen“. Die dort gewonnen Erkenntnisse wurden durch praktische Studiensemester im Pfalzkrankenhaus Klingenmünster und im Sozialpsychiatrischen Dienst Mannheim bereichert.

Aus einem Seminar über Robert Castels historische Studie „Die Metamorphosen der

sozialen Frage“, in der „Inklusion“ und „Exklusion“ als Leitbegriffe verwendet werden sowie aus der Beschäftigung mit Michel Foucaults Analysen über die „Ausgrenzung des Wahnsinns“ entwickelte sich die Idee für das Thema der Diplomarbeit.

Eine weitere wesentliche Motivation mich mit dem Thema auseinanderzusetzen ergibt sich daraus, dass meine Familie für die sozialpsychiatrischen Einrichtungen des Masurenhofs als Träger verantwortlich ist und auch ich nach dem Studium dazu beitragen möchte, die Einrichtung modernen Erfordernissen gemäß weiterzuentwickeln.

Es sei noch angemerkt, dass in der Regel die verschiedenen Bezeichnungen: psychisch beeinträchtigte/krank/behinderte Menschen oder „Irre“ aus der jeweiligen Literaturquelle übernommen wurden. Damit ist keinerlei Wertung verbunden. Spezielle „diagnostische“ Fragestellungen werden in der Arbeit nicht behandelt, dies würde den Rahmen sprengen.

Mit Personenbezeichnungen, zum Beispiel „Klient“ oder „Helfer“, sind immer beide Geschlechter gemeint.

1. Die Bedeutung von Inklusion und Exklusion in den Sozialwissenschaften

Der Begriff „Inklusion“ und sein Gegenstück „Exklusion“ sind nicht für den Diskurs über den Umgang mit Menschen mit Behinderungen erfunden worden, sondern aus den Sozialwissenschaften entlehnt.

Beschäftigt man sich mit der sozialwissenschaftlichen Debatte dann fällt auf, dass der Fokus auf die Auseinandersetzung mit der Exklusion bzw. Ausgrenzung gerichtet ist. Was „Inklusion“ ausmacht, ist dagegen eher von sekundärem Interesse.

Erstmals war in den 1960er Jahren in der französischen Literatur gelegentlich von Exklusion die Rede. Man bezog sich allgemein auf Menschen, die am wirtschaftlichen und materiellen Aufschwung jener Zeit, in einer Phase relativer Vollbeschäftigung, nicht teilhatten.

Einen ersten Popularitätsschub erhielt der Exklusionsbegriff durch das 1974 erschienene Buch „Les exclus, un Français sur dix“ von René Lenoir. Gegenstand waren die als „sozial unangepasst“ Etikettierten: Drogenabhängige, Behinderte, Delinquente, ökonomisch Marginalisierte. Für Lenoir sind die Ausgeschlossenen keine Randgruppen im traditionellen Sinn, sie sind vielmehr in allen gesellschaftlichen Milieus anzutreffen und werden durch die Funktionsweise moderner Gesellschaften hervorgebracht.

Seit der Rückkehr der Massenarbeitslosigkeit in den späten 1970er Jahren und ihrer strukturellen Verfestigung in den 1980ern erweiterte sich das Etikett des „Ausgeschlossenen-Seins“ auf die immer größer werdende Zahl der Arbeitslosen.⁴

In der Bundesrepublik Deutschland fand der Begriff „Ausgrenzung“ unabhängig von der französischen Diskussion zum ersten Mal Mitte der 1980er Jahre im Rahmen der Diskussion um die „neue Armut“ eine breitere Resonanz in den Sozialwissenschaften. Dabei wurde unter Ausgrenzung zunächst lediglich die rechtliche Ausschließung von Arbeitslosen aus der Arbeitslosenversicherung verstanden, damit einhergehend aber zugleich soziale Ausgrenzung infolge von Stigmatisierung, die sich aus dem Bezug von Sozialhilfe ergab.⁵

⁴ Vgl. Kronauer 2002: S. 40f

⁵ Vgl. Kronauer 2002: S. 33

Die Soziologie hat bisher noch kein einheitlich ausgearbeitetes Theoriegebäude für das Begriffspaar Inklusion/Exklusion hervorgebracht.

Martin Kronauer zufolge lassen sich aber inzwischen drei kategorialen Bestimmungen voneinander abgrenzen, die in ihrem Verhältnis zueinander noch relativ unbestimmt sind:

- Exklusion als Ausschluss vom Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Bindungen
- Inklusion und Exklusion als Maßstab für soziale Teilhabemöglichkeiten
- Inklusion und Exklusion als Prozess

1.1 Exklusion als Ausschluss am Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Bindungen

In dieser Kategorie wird Inklusion als gesellschaftliche Zugehörigkeit definiert, hergestellt über Einbindungen in Sozialbeziehungen, die auf Wechselseitigkeit beruhen: auf wechselseitiger Abhängigkeit in geregelten Kooperationsverhältnissen und auf informeller gegenseitiger Verpflichtung in persönlichen Nahbeziehungen. Konkret ist damit die Teilhabe an Erwerbsarbeit sowie die soziale Einbindung, zum Beispiel in familiäre Netze, gemeint.

Exklusion manifestiert sich als zunehmende Prekarität in der Erwerbsarbeit, die für wachsende Gruppen der Bevölkerung bis hin zum völligen Ausschluss von regulärer Erwerbstätigkeit führt. Auf der anderen Seite schlägt sie sich als Schwächung der sozialen Einbindung bis hin zur sozialen Ausschließung nieder.

Beide Seiten – Status der Erwerbsarbeit und familiäre Einbeziehung – stehen in einer engen Beziehung zueinander, sind jedoch nicht in einer monokausalen Weise miteinander verknüpft.

Diese Definition unterstreicht die herausragende Stellung der Erwerbsarbeit für die gesellschaftliche Zugehörigkeit. Ausgrenzung am Arbeitsmarkt ist demnach gewissermaßen eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Bedingung für Exklusion.⁶

Die Betonung der Erwerbsarbeit als entscheidender Faktor für gesellschaftliche Zugehörigkeit erscheint vielleicht etwas übertrieben. Andererseits zeigt sich die Wichtigkeit der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur in ihrer Bedeutung für die Sicherung der materiellen Existenz, sie bildet auch die Basis für den Erwerb von sozialem Status und ist eine wichtige Quelle für

⁶ Vgl. Kronauer 2002: S. 43ff.

Selbstwertgefühl und Kompetenzerleben.⁷

Deshalb ist dieses Verständnis von gesellschaftlicher Zugehörigkeit unter dem Gesichtspunkt, dass psychisch beeinträchtigte Menschen häufig in ihren Möglichkeiten am Erwerbsleben teilzunehmen stark eingeschränkt sind, durchaus bedenkenswert.

1.2 Inklusion und Exklusion als Maßstab für soziale Teilhabemöglichkeiten

In dieser Kategorie geht es nicht mehr allein um gesellschaftliche Zugehörigkeit durch Einbindung in Sozialbeziehungen, sondern um die Qualität von Teilhabe in unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens.

Wer als inkludiert bzw. exkludiert gilt, bemisst sich beispielsweise:

- an der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen,
- an der Art der Wohnung und der sozialen Lage der Wohngegend,
- an den Möglichkeiten, die eigenen Interessen zur Geltung bringen zu können,
- an den Chancen in der Schule,
- an der (In-)Stabilität der Lebensumstände,
- am Gefühl, gemäß seiner Bürgerrechte gerecht oder ungerecht behandelt zu werden.⁸

Gesellschaft gerät hier als eine komplex gegliederte Einheit von Ökonomie (Produktion und Reproduktion), Kultur (Orientierungen und Werte), Politik (sozialstaatliche und politische Institutionen, Rechte) und Sozialem (hier im engeren Sinne als Qualität und nicht nur Quantität sozialer Beziehungen verstanden) in den Blick.

Aus dieser Perspektive bestehen in den genannten Dimensionen gesellschaftlich geteilte Vorstellungen von angemessenen Lebenschancen, solche des Konsums, der Interessensvertretung, des gesellschaftlichen Status, der materiellen Sicherheit, der Möglichkeit sein Leben nach eigenen Zielvorstellungen zu gestalten. Ihnen nicht entsprechen zu können wird mit dem Ausschluss von wesentlichen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens in Verbindung gebracht.

Folgt man dieser Konzeption von Inklusion und Exklusion, dann besteht gesellschaftliche

⁷ Vgl. von Kardorff 2010: S. 131

⁸ Vgl. Kronauer 2002: S. 44

Zugehörigkeit im Wesentlichen aus Teilhabemöglichkeiten.

Kritisch anzumerken ist dabei die Tatsache, dass dies „äußere“ Erwartungen sein können, dem zu entsprechen, was in der Gesellschaft als „normal“ gilt, und das bemisst sich an kulturell und damit historisch veränderbaren Maßstäben und ist in einem hohen Maße institutionell vermittelt.

Dieser „Normalität“ nicht zu entsprechen wird von den Betroffenen deshalb in aller Regel mit der Erfahrung verbunden, an gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen zu scheitern.⁹

Bezogen auf die gesellschaftliche Stellung psychisch behinderter Menschen ist an dieser Stelle das „Normalisierungsprinzip“ in sozialpsychiatrischen Institutionen zu nennen.

In Erinnerung an die Separierung, Isolierung und Verwahrung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in Anstalten (vgl. Kapitel 3.5) kann es als große Errungenschaft gelten, den Betroffenen „normale“ Lebensumstände und die Respektierung ihrer Bürgerrechte zu ermöglichen.

Allerdings scheint die Orientierung am angeblich „Normalen“ in unserer immer komplexer werdenden Gesellschaft und den individuellen Lebensentwürfen, die sie ermöglicht, fragwürdig geworden. Zudem besteht die Gefahr, dass es für Menschen, die von sozialpsychiatrischen Institutionen betreut werden, die professionellen Helfer in diesen Institutionen sind, welche eine „angemessene Normalität“ für ihre Klienten bestimmten und weniger die Klienten selbst.¹⁰

1.3 Inklusion und Exklusion als Prozess

Der dritte Zugang distanziert sich von der Vorstellung von Inklusion und Exklusion als Zustand und betont die Prozesshaftigkeit. Im Mittelpunkt der Beobachtung stehen die beiden Achsen Integration am Arbeitsmarkt und soziale Einbindung in Nahbeziehungen.

Der Prozess zunehmender Exklusion verläuft von der „Integration“ (mit stabiler Beschäftigung und intakten, unterstützenden sozialen Netzen), über die „Vulnerabilität“ (in der die Erwerbseinbindung und die sozialen Netze brüchig werden) bis hin zur „Ausschließung“ (aus der Erwerbsarbeit und des Verlusts der sozialen Einbindung).

Es wäre sinnvoll, die Abschwächung von Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben in den verschiedenen unter Kapitel 1.2 angesprochenen Dimensionen mit

⁹ Vgl. Kronauer 2002: S. 44ff.

¹⁰ Vgl. Wunder 2010: S. 26

einzu beziehen, bis dato wird dies aber nur selten empirisch verfolgt.

Exklusionsprozesse sind weder unaufhaltsam noch unumkehrbar. Wer Exklusion als Prozess betrachtet, richtet das Augenmerk auf die Akteure und Agenturen der Ausschließung. Es liegt dann nahe, die Ursachen, die Abstufungen und die Formen der Ausgrenzung bis in den Kern der Gesellschaft zurückzuverfolgen und nicht die Ursachen der Marginalisierung allein bei den Betroffenen zu suchen, wie es in Theorien zu sozialen Randgruppen der Fall ist.¹¹

1.4 Resümee

Für die Analyse der Inklusion und Exklusion psychisch beeinträchtigter Menschen erscheint die Perspektive der Teilhabe in Verbindung mit der Betonung der Prozesshaftigkeit am fruchtbarsten.

Nach Roland Anhorn lässt sich der Zusammenhang zwischen Teilhabe und Exklusion folgendermaßen zusammenfassen:

Soziale Ausschließung definiert sich als systematische Beschränkung bzw. Vorenthaltung von Teilhabemöglichkeiten an mehr oder weniger zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft: Verfügung über die Möglichkeit von (Lohn-)Arbeit, über Eigentum, über Geld, über freie Mobilität, über Wissen und Ausbildung, Autonomie in der Lebensgestaltung, Privatheit, Intimität, Anerkennung als gleich und gleich berechtigt und anderes mehr.

Mit dem Partizipationsbegriff wird soziale Ausschließung zu einem graduellen Konzept. Es werden unterschiedliche Grade der Ausschließung erfasst, die auf einem Kontinuum angesiedelt sind, das von der unsichtbarsten und subtilsten Formen der Diskriminierung im Alltag über die Beschneidung und Vorenthaltung von Rechten und Ansprüchen, die zwangsweise Isolierung in totale Institutionen bis hin zur physischen Vernichtung reichen kann.¹²

In Kapitel 3 wird beschrieben, wie psychisch beeinträchtigte Menschen unter der gesamten Bandbreite von Exklusionsformen zu leiden hatten und teilweise immer noch von Ausgrenzung betroffen sind.

¹¹ Vgl. Kronauer 2002: S. 46ff.

2. Die UN – Behindertenrechtskonvention

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. 12. 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, kurz: UN – Behindertenrechtskonvention (UN – BRK), hat die Debatte über Inklusion in der Sozialpsychiatrie maßgeblich beeinflusst.

Holger Wittig Koppe schreibt im Vorwort von: „Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? – Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte“, dass spätestens seit der Ratifizierung der UN – Konvention durch Bundestag und Bundesrat Ende 2008 die Grundsätze einer inklusiven Teilhabe behinderter Menschen zum „state of the art“ einer zeitgemäßen Politik für Menschen mit Behinderungen gehören.¹³

Aufgrund dieser herausragenden Bedeutung wird die Entstehung, der Inhalt und insbesondere der Inklusionsbegriff der UN – Behindertenrechtskonvention im Folgenden genauer ausgeführt.

2.1 Die Entstehung der UN – Behindertenrechtskonvention

1993 wird der Bericht des UN – Sonderberichterstatters Despouys zu den Menschenrechten behinderter Menschen veröffentlicht.

Darin werden eine Vielzahl von Menschenrechtsverletzungen benannt, die zum Alltag behinderter Menschen weltweit gehören. Unter anderen werden darin das Verbot von Heirat und Familiengründung, Zwangssterilisation, sexualisierte Gewalt, zwangsweise Heimunterbringung und das Verbot zu wählen benannt.

Als Reaktion darauf verabschiedeten die Vereinten Nationen 1993 die „Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte“. Diese hatte jedoch nur einen empfehlenden Charakter.

Im April 2000 beauftragte die Menschenrechtskommission der UN die Erstellung einer Studie, in der die bis dahin existierenden Menschenrechtsverträge in ihren Auswirkungen und ihren Anwendungen auf Menschen mit Behinderungen untersucht wurden. Die Autoren der Studie sprachen sich darin klar für die Erarbeitung einer UN – Menschenrechtskonvention zum Thema Behinderung aus.

In den folgenden Jahren wurde die UN – Behindertenrechtskonvention unter Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen und Menschen mit Behinderungen in den

¹² Vgl. Anhorn 2005: S. 32

¹³ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 7

Regierungsdelegationen erarbeitet und schließlich in der UN – Generalversammlung am 13. Dezember 2006 einstimmig verabschiedet.

Das Gesetz zur Ratifikation des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ trat am 26. März 2009 für Deutschland in Kraft.¹⁴

2.2 Generelle Bedeutung der UN – Behindertenrechtskonvention

Nach Meinung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen ist es mit dieser Konvention gelungen, das erste internationale Dokument zu formulieren, das Behindertenpolitik konsequent aus einer Menschenrechtsperspektive betrachtet. In der Vergangenheit waren die Dokumente der Vereinten Nationen vor allem von dem Gedanken der öffentlichen Fürsorge geprägt.

In den meisten Staaten herrscht das medizinische Modell von Behinderungen vor, demzufolge Behinderung unter einem medizinischen Blickwinkel als ein individuelles Defizit betrachtet wird, das für die mangelnde Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen verantwortlich ist. Nach dem sozialen Modell von Behinderung entsteht Behinderung durch die gesellschaftlichen Barrieren, wie unzulängliche Verkehrsmittel oder zwangsweise Sonderbeschulung.¹⁵

Die UN – Behindertenrechtskonvention verzichtet auf das medizinische Modell und setzt stattdessen in Artikel 1 auf ein soziales Modell von Behinderung:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“¹⁶

Die Konvention verlagert damit das Problem „Behinderung“ von der individuellen Sphäre in die Bereiche der gesellschaftlichen Strukturen. Sie deckt das gesamte Spektrum menschenrechtlich geschützter Lebensbereiche ab, indem sie bürgerliche, politische, sowie wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vereinigt.

Dabei handelt es sich um dieselben Rechte, wie sie in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und

¹⁴ Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) 2008: Internetquelle

¹⁵ Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) 2008: Internetquelle

¹⁶ Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) 2008: S. 1423

kulturelle Rechte von 1966 und dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte von 1966 niedergelegt sind.

Sie ist damit keine Spezialkonvention, die Sonderrechte oder Privilegien für Menschen mit Behinderungen formuliert. Es werden lediglich die universellen Rechte aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen präzisiert und die staatlichen Verpflichtungen für ihren Schutz konkretisiert.¹⁷

Beispielsweise misst die Konvention der allgemeinen und individuellen Bewusstseinsbildung große Bedeutung bei.

Sie verpflichtet in Art. 8 UN-BRK die Vertragsstaaten darauf hinzuwirken, das an „Defiziten“ orientierte Denken zu überwinden. Dagegen soll die Wertschätzung von Menschen mit Behinderungen und die Sichtweise, Behinderung als Beitrag zur menschlichen Vielfalt anzuerkennen, gefördert werden.

Konkret beinhaltet dies die Verpflichtung sofortige, wirksame Maßnahmen, wie beispielsweise öffentliche Kampagnen, zu ergreifen, um in der gesamten Gesellschaft, einschließlich der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern.¹⁸

Bezogen auf Menschen mit psychiatrischen Diagnosen könnte diese Bewusstseinsbildung so aussehen, dass der Einzelne und die Gesellschaft den psychisch behinderten Menschen in seiner gegebenenfalls auch befremdlichen Andersheit anerkennt, indem dessen extreme Vulnerabilität als besonders herausfordernde Variante der Lebensführung ernst genommen und wertgeschätzt wird.¹⁹

Diese Auffassung würde zu einer inklusiven Gesellschaft passen, in welcher der Einzelne nicht unter „Normalisierungsdruck“ steht und doch nicht außen vor ist.

2.3 Bedeutung der UN – Behindertenrechtskonvention für die Bundesrepublik Deutschland

Mit der Ratifikation hat sich Deutschland gegenüber der internationalen Gemeinschaft und den in Deutschland lebenden Menschen verpflichtet, die Konvention einzuhalten und umzusetzen (Art. 4, Abs. 1 und 2 UN-BRK).

¹⁷ Vgl. Aichele 2010: Internetquelle

¹⁸ Vgl. Aichele 2010: Internetquelle

¹⁹ Vgl. Zimmermann; Lob – Hüdepohl 2007: S. 309

Die Verpflichtungen, die aus der Konvention erwachsen, richten sich primär an die Träger staatlicher Gewalt. Die Adressaten sind in Deutschland die Parlamente auf der Ebene von Bund und Ländern, welche die Konvention im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung umzusetzen haben. Daneben sind Behörden und Gerichte sowie die Körperschaften des öffentlichen Rechts ebenfalls Adressaten der Normen, da diese an Recht und Gesetz gebunden sind.

Bestimmte Vorgaben, wie zum Beispiel das Diskriminierungsverbot (Art. 4 Abs. 2b), müssen ohne Zeitaufschub umgesetzt werden.

Neben dem Gebot der Einhaltung besteht die Verpflichtung zur schrittweisen Umsetzung. Darunter ist ein zielgerichteter, vom Staat organisierter und angeleiteter Prozess zu verstehen, an den die Konvention ihrerseits bestimmte Anforderungen stellt. Zum Beispiel bezieht sich diese Verpflichtung beim Recht auf Bildung darauf, ein inklusives Bildungssystem aufzubauen (Art. 24 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 2 UN-BRK).²⁰

Die Konvention schafft einen Rechtsrahmen für die Behindertenpolitik in Deutschland. Sie stärkt bisherige Bemühungen in der deutschen Behindertenpolitik und unterstützt eingeleitete Rechtsentwicklungen zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung (zum Beispiel Sozialgesetzbuch IX und Behindertengleichstellungsgesetz).²¹

Allerdings kritisierten Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände, während des Übersetzungsprozesses der Konvention in die deutsche Sprache kaum beteiligt worden sein. Außerdem seien entscheidende Schlüsselbegriffe der Konvention falsch übersetzt worden.²²

Zu diesen Schlüsselbegriffen gehört zweifelsohne der Begriff „Inklusion“.

2.4 Inklusion oder Integration?

In Art. 3 UN-BRK werden die allgemeinen Grundsätze der Konvention genannt. So heißt es beispielsweise in Art. 3c UN-BRK im Originaltext:

„[The principles of the present Convention shall be:] full and effective participation and inclusion in society.”]

Die deutsche Übersetzung lautet:

“[Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:] die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft.“²³

²⁰ Vgl. Aichele 2010: Internetquelle

²¹ Vgl. Aichele 2010: Internetquelle

²² Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) 2008: Internetquelle

²³ Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) 2008: S. 1424

Michael Wunder hält diese Übersetzung für missverständlich, da Einbeziehung dem Begriff Integration und eben nicht dem der Inklusion entspricht.²⁴

So wird in der deutschen Übersetzung konsequent „Integration“ genannt, wo im Originaltext „Inclusion“ steht (z. B. Art. 24 Abs. 2e oder Art. 27 Abs. 1 UN-BRK).

Georg Theunissen ist der Auffassung, dass diese Interpretation zu inhaltlichen Verzerrungen führt, welche die Intention der UN-Konvention verfehlen.²⁵

Um die Problematik einer Gleichsetzung der beiden Begriffe zu verdeutlichen, werden im Folgenden die Unterschiede zwischen den Begriffen Inklusion und Integration herausgearbeitet:

Wenn es um Menschen mit Behinderung geht, ist mit „Integration“ die aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in gesellschaftliche Prozesse (zum Beispiel in der Bildung oder im Arbeitsleben) zu verstehen, also Maßnahmen, die Menschen, die bisher nicht teilgenommen haben oder teilnehmen konnten, in Angebote und Maßnahmen einzubeziehen. Integrativ sind also Institutionen, Maßnahmen oder Angebote, die in gleicher Weise von Menschen mit und ohne Behinderung genutzt werden.

Direkt zusammenhängend mit dem Begriff der Integration ist der Begriff der Normalisierung, deren Ziel es ist, für Menschen mit Behinderung, im Sinne des gesellschaftlichen Durchschnitts, normale Wohnbedingungen, Arbeitsbedingungen und Bildungsbedingungen zu ermöglichen.²⁶

Wunder kritisiert daran folgende Aspekte:

- Integration heißt, in die Gesellschaft hereinholen, wobei Gesellschaft immer die herrschende Gesellschaft ist, die als Durchschnittsnorm gilt. Der Integrationsbegriff enthält daher normative Voraussetzungen, wie beispielsweise die, dass die Menschen, die integriert werden sollen, dies auch wollen müssen und sich an die Bedingungen der Gesellschaft anpassen müssen. Diese Voraussetzung setzt einen Assimilationsdruck in Gang. Das Anderssein von Menschen mit Behinderung wird nicht bejaht, die Vielfalt nicht angestrebt, sondern vielmehr die Anpassung und die Überwindung des Andersseins.

²⁴ Vgl. Wunder 2010: S. 22

²⁵ Vgl. Theunissen 2010: S. 46

- Der Integrationsbegriff und die darauf aufbauende Praxis produziert meist eine Abstufung in der Gestalt, dass Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf seltener integriert werden als Menschen mit niedrigem Unterstützungsbedarf: Ein Mensch mit Behinderung ist erst durch den Erwerb bestimmter Fähigkeiten für den Integrationsprozess qualifiziert.
- Der Integrationsbegriff schafft zwei Gruppen: die integrierenden, „normalen“ Bürger und die zu integrierenden, „nicht normalen“ Anderen. Damit wird eine Spaltung zwischen bereits Dazugehörenden und noch nicht Dazugehörenden vorangetrieben, womit das Problem, das die Integration eigentlich lösen will, noch vertieft wird.

Dem Konzept der „Inklusion“ hingegen liegt der Gedanke der vorbehaltlosen und nicht weiter an Bedingungen geknüpften Zugehörigkeit aller in der Gesellschaft zu Grunde. Das Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen, ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Leistung oder ihrer Behinderung. Der Inklusionsbegriff geht gedanklich von der Gemeinschaft aller in einer Lokalität aus, die allerdings innerlich differenziert und vielgliedrig ist.²⁷

Es wird das Leben in einer multikulturellen Gesellschaft in den Blick genommen, in der die Verschiedenheit von Menschen und die Verwirklichung individueller Lebensentwürfe in einem sozial verträglichen Ganzen akzeptiert und unterstützt werden. Allgemeine soziale und kulturelle Systeme müssen für alle Mitglieder der Gemeinschaft verfügbar und zugänglich sein. Die Ausgrenzung sogenannter „integrationsunfähiger“ Personen wird obsolet.²⁸

2.5 Bewertung des Inklusionsgedankens

Von Andreas Lob – Hüdepohl wird der Menschenrechtscharakter des Teilhabebegriffes in Verbindung mit Inklusion untersucht.

Er sieht Inklusion nicht direkt als Menschenrecht, sondern als Instrument, mittels dessen die Teilhabe als unveräußerliches Menschenrecht verwirklicht werden soll. Teilhabe ist damit die menschenrechtsethische Grundlage sowie Zielbestimmung einer inklusiven Praxis, die sich gegen die soziale Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Beeinträchtigungen und für deren Chancengleichheit durch Förderung realer Beteiligungschancen an öffentlichen Gütern

²⁶ Vgl. Wunder 2010: S. 23

²⁷ Vgl. Wunder 2010: S. 23ff.

²⁸ Vgl. Theunissen 2010: S. 48

engagiert.

Menschenrechte werden in diesem Zusammenhang als Kernbestand von Lebensbedingungen definiert, die erfüllt sein müssen, damit Menschen ihre Vorstellungen einer guten und gelingenden Lebensweise entwickeln und wenigstens fragmentarisch verwirklichen und in dieser Weise menschenwürdig leben können. Sie verlangen danach, nicht nur als moralische Appelle betrachtet, sondern auch als rechtlich verbindliche und einklagbare Regeln im Leben von Staat und Gesellschaft gewährleistet werden.²⁹

Inklusive Praxis, die in der UN – Behindertenrechtskonvention eine menschenrechtliche Grundlage besitzt, hat konstitutiv Anteil an der Unbedingtheit und Nichtbeliebigkeit von Menschenrechten insgesamt. Inklusive Praxis ist somit nicht Ausdruck einer freiwilligen Mildtätigkeit barmherziger Bürger oder Staaten, von der sie jederzeit auch ablassen könnten, sondern sie ist Ausdruck einer Gerechtigkeit gegen jeden, zu der ein jeder in seinem Handeln um der Menschenwürde jedes Einzelnen wegen verpflichtet ist.³⁰

Auf die Ansicht, dass auf jedwede Form besonderer Unterstützung mit dem Verweis auf Inklusion verzichtet werden könnte, da dies ja eine Sonderbehandlung bestimmter Menschen sei, lässt sich entgegenen, dass sich die Notwendigkeit oder der Grad an gewöhnlicher oder außergewöhnlicher Unterstützung daran messen lassen muss, wie sie der realen Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen dienlich ist oder nicht. Inklusive Praxis ist nicht schematisierende Technik, sondern zielgerichteter Prozess, ausgerichtet auf die Verwirklichung von Menschenrechtsansprüchen.³¹

Lob – Hüdepohl ordnet den Begriff der Teilhabe nicht nur den klassischen Partizipationsrechten, wie Wahlrecht, Demonstrationsrecht, Versammlungsfreiheit und freie Meinungsäußerung zu, sondern hält Teilhabe auch für die Realisierung von Kultur- und Sozialrechten, wie zum Beispiel dem Recht auf Bildung, auf (soziale) Sicherheit, auf Wohnung und auf Fürsorge für bedeutsam, da sie auf die Gewährleistung jener wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen abzielt, die vonnöten sind, um persönliche Freiheits- wie politische Partizipationsrechte überhaupt wahrnehmen zu können. Darin sind sie aber in gewisser Weise selbst Teilhaberechte, als Recht auf Teilhabe an den ökonomischen, sozialen und kulturellen

²⁹ Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 14f.

³⁰ Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 15f.

Errungenschaften und Standards einer Gesellschaft ebenso wie Recht auf Teilhabe an den gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen, die über deren Verteilung bestimmen.

Die vielfältigen Formen von Teilhabe führen unweigerlich auch zur Teilhabe in Gestalt von Vielfalt. Lebensformen und Lebensweisen kommen in unserer Gesellschaft nur im Plural vor. Daher sollte sie Heterogenität, Differenz zulassen und fördern. Die Art und Weise, wie Menschen zu Subjekten ihrer Lebensführung bzw. zu Autoren ihrer Lebensgeschichte werden, sind nicht nur faktisch sehr verschieden, sondern sie dürfen auch legitim verschieden sein.

Diese Einsicht ist mit Blick auf Menschen, die für die Mehrheit „ungewohnt verschieden“ sind und darin möglicherweise befremdlich wirken, von erheblicher Bedeutung. Denn sie verbietet jeden Versuch, die Sinnhaftigkeit der Lebensführung oder die Autorenschaft der Lebensgeschichte nur mit einem Maß, nämlich dem gewohnten Maß der Mehrheitsgesellschaft, zu messen.³²

Dieser Anspruch ist relativ neu in der Geschichte, war es doch lange Zeit die Regel, dass die „herrschende Vernunft“ die Träger abweichender Vorstellungen und Lebensweisen systematisch von Teilhabe ausschloss.

³¹ Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 16

³² Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 16ff.

3. Die Geschichte der Inklusion und Exklusion psychisch beeinträchtigter Menschen

In der aufgeklärten abendländischen Kultur, in der Beherrschung der Natur drinnen und draußen zum absoluten Lebenszweck wurden, muss alles, was dem ordnenden Zugriff sich entzieht, was außerhalb bleibt, als absolute Gefahr für die Gesellschaft, als Quelle der Angst erscheinen und wird daher mit dem Stigma der Unvernunft versehen und ausgegrenzt.³³

Nach diesem Muster ist die Geschichte psychisch beeinträchtigter Menschen auch im deutschen Raum spätestens seit Anbruch der Moderne vor allem eine Geschichte der Exklusion.

Erst in den letzten Jahrzehnten wurden als Effekt einer liberaleren, toleranteren Gesellschaftsordnung die Mechanismen der Exklusion langsam, aber immerhin spürbar zurückgefahren.

3.1 Die vorpsychiatrische Zeit

Michel Foucault beschreibt in seinem Werk „Wahnsinn und Gesellschaft“ eine vormoderne europäische Gesellschaft, die große Ähnlichkeiten aufweist mit den Visionen, die heute über eine inklusive Gesellschaft formuliert werden, etwa wenn Lob – Hüdepohl davon spricht, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen aufgrund ihrer spezifischen Ausstattungsmerkmale oder Lebenssituation besondere Fähigkeiten und Kompetenzen haben, mit denen sie zur Vielfalt und Lebendigkeit einer Gesellschaft beitragen.³⁴

Foucault zufolge gab es nämlich in Europa eine Zeit, in der die Menschen keine Angst vor dem Wahnsinn gehabt haben. Im Mittelalter bis zur frühen Neuzeit habe es noch ein „Gespräch“ mit dem Wahnsinn gegeben. Mitunter seien wunderliche Äußerungen sogar als Botschaften einer höheren Wahrheit verstanden worden.

Der Wahnsinn sei also keinesfalls ausgeschlossen worden. Im Gegenteil, auf allen Seiten soll er die Menschen fasziniert haben.

Der Wissenschaftshistoriker Shorter verwirft allerdings diese Vorstellung eines „Goldenen Zeitalters“ in der Welt ohne Psychiatrie. Vielmehr seien die Irren misshandelt und aus ihrer Heimat vertrieben worden, so dass sie sich als Bettler verdingen mussten.³⁵

³³ Vgl. Horkheimer; Adorno 1972: S. 14

³⁴ Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 21

³⁵ Vgl. Ruffing 2008: S. 30f.

Nüchtern betrachtet lässt sich wohl sagen, dass das Verhalten der Gesellschaft gegenüber den Irren vor allem davon abhing, wie ihr von der Norm abweichendes Verhalten in Bezug auf das allumfassende christliche Weltbild interpretiert wurde.

Als vom rechten Glauben Abgefallene und vom Teufel Besessene versuchte man sie mit Austreibungen und Gottesurteilen in die christliche Gemeinschaft zurückholen.³⁶

Als „arme Irre“ wurden sie Objekte des christlichen Caritasgedankens: Die Entwurzelten wurden in Klöstern betreut, wobei sich ihre Behandlung nicht wesentlich von der anderer Insassen, wie der Alten, der Pilgern oder der Waisen unterschied.

Dirk Blasius sieht einen aus heutiger Sicht beeindruckend weiten Toleranzrahmen, in dem die Irren innerhalb der bäuerlichen Gemeinschaft akzeptiert wurden.³⁷

3.2 Die erste Welle sozialer Ausgrenzung

Etwa ab dem 18. Jahrhundert intensivierte sich das Bedürfnis der Obrigkeit im Zuge der Aufklärung, die öffentliche und die privat-familiäre Ordnung nach vernünftigen Maximen zu reglementieren, das heißt die Untertanen zu maximaler Arbeitsleistung zu erziehen, um größtmöglichen Reichtum zu erwirtschaften.

Um in der europäischen Politik weiter mitreden zu können, war es gerade für die deutschen Staaten, die immer noch unter den Spätfolgen der bevölkerungspolitischen und ökonomischen Katastrophe des Dreißigjährigen Krieges litten, wichtig, eine leistungsstarke Wirtschaft aufzubauen.

Die Irren, als Teil der auf Almosen angewiesenen Armutsbevölkerung, mussten so zwangsläufig in den Fokus der Obrigkeit geraten. Eine nach vernünftigen Prinzipien verfahrenende Verwaltung musste sich durch die unangreifbare Unvernunft der Irren geradezu provoziert fühlen.

Wer sich außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit, des Anstandes stellte, wurde im wahrsten Sinne des Wortes ausgegrenzt: in manchen Fällen wurden Irre über die Grenze des Staates abgeschoben, gelegentlich kam es gar zur bezahlten Verschiffung nach Amerika.³⁸

Als weiteren Grund für die zunehmende soziale Ausgrenzung der Irren benennt Klaus Dörner ein sich änderndes Familienbewusstsein, verursacht durch die vom Staat forcierte Frauen- und Kinderarbeit in vielen Gegenden. Man fühlte sich nur noch für die nächsten Angehörigen

³⁶ Vgl. von Kardorff 2005: S. 257

³⁷ Vgl. Blasius 1994: S. 16

verantwortlich und sah sich nicht mehr in der Lage, notleidenden oder gescheiterten entfernteren Verwandten Unterbringung und Hilfe zu gewähren.³⁹

Die verbreitete Form der Exklusion wurde die Verbringung der Irren in geschlossene Einrichtungen. Familien und Gemeinden empfanden es als Erleichterung, wenn es ihnen gelang, einen der ständig gefragten Plätze zu erlangen.⁴⁰

Zuerst wurden Häuser genutzt, in denen im Mittelalter Lepra- und Pestkranke abgesondert wurden und die nun leer standen. Bevorzugt wurden die Pesthäuser. Sie lagen stets vor der Stadt im freien Feld, abseits von Durchgangsstraßen und waren oft von breiten Wassergräben umgeben.⁴¹

Der Glaube an die Erziehung zu Vernunft und Sittlichkeit durch Arbeit führte dazu, dass die Irren bald zusammen mit anderen ausgegrenzten Randgruppen in Zucht-, Korrektions-, Waisen- und Armenhäusern untergebracht wurden. Die dortige Arbeitsverrichtung des Spinnens wurde zum Symbol des Irreseins schlechthin.⁴²

Im Zuge einer stärkeren Differenzierung von Vernunft und Unvernunft nach der Arbeitsfähigkeit begann man gegen Ende des 18. Jahrhunderts die Irren aus den Zuchthäusern herauszunehmen und separate Tollhäuser zu errichten.

Hatten die Zuchthäuser schon einen stark repressiven Charakter, so wurden die Irren nun noch schlechter behandelt, da ihre angebliche soziale Unbrauchbarkeit und Gefährlichkeit stärker in den Blick geriet.⁴³ In Neumünster beispielsweise peitschte man Irre im 18. Jahrhundert so lange, bis sie nicht mehr unvernünftig redeten.⁴⁴

3.3 Die Entstehung der Psychiatrie

Das Zeitalter des Absolutismus war für den Irren alles in allem ein Zeitalter massiver Repression.

Inspiziert durch die Umwälzungen der französischen Revolution kam es am Übergang vom

³⁸ Vgl. Dörner 1975: S. 190ff.

³⁹ Vgl. Dörner 1975: S. 191f.

⁴⁰ Vgl. Dörner 1975: S. 193

⁴¹ Vgl. Schott; Tölle 2006: S. 235

⁴² Vgl. Blasius 1994: S. 16

⁴³ Vgl. Dörner 1975: S. 199

⁴⁴ Vgl. Dörner 1975: S. 196

18. ins 19. Jahrhundert zu einer gesteigerten Beachtung der menschenverachtenden Zustände in den Tollhäusern. Das philanthropische Bürgertum machte aus der „Irrenfrage“ eine Testfrage für die Reichweite von Menschenrechten. Von ihnen sollten auch seelengestörte Menschen nicht ausgenommen werden, auch sie sollten in den Genuss von Humanitätsfortschritten kommen.

Die Irrenfrage rührte sehr viel stärker als beispielsweise die Armutsfrage an das Selbstverständnis der entstehenden bürgerlichen Gesellschaft. Der Optimismus der Aufklärung, den Menschen aus seiner Unmündigkeit herausführen zu können, hatte sich in einen „Mythos der Heilbarkeit“ des Irreseins umgewandelt.⁴⁵

Dies sollte jedoch keine Abschaffung des Ordnungs- und Unterwerfungsprinzips bedeuten, sondern lediglich dessen Einbindung in medizinische Behandlungsstrategien.⁴⁶

Nach Dörner ist es üblich, die Geschichte der Psychiatrie mit Johann Christian Reils Werk „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Methode auf Geisteszerrüttungen“ beginnen zu lassen, das 1803 erschien. Reil (1759-1813) beschrieb darin konkrete Reformvorschläge betreffend der Behandlung und Unterbringung der Irren.⁴⁷ Auch war Reil, der im Übrigen kaum praktische Erfahrung in der Behandlung von Geisteskranken hatte, der erste, der den Begriff „Psychiatrie“ verwendete.

Seine Behandlungsmethoden fasste er folgendermaßen zusammen:

„So gängeln wir den Kranken von der untersten Stufe der Sinnlosigkeit durch eine Kette von Seelenreizen aufwärts zum vollen Vernunftgebrauch.“⁴⁸

Diese „Seelenreizung“ wurde eifrig in den späteren Anstalten praktiziert, was einen britischen Historiker zu dem Urteil veranlasst:

„Die Deutschen dürften geistreicher als alle anderen Nationen gewesen sein im Erdenken von Foltern, mit denen sie ihre Patienten zu quälen suchten.“⁴⁹

Reils Vorschläge zur institutionellen Reform der Irrenbehandlung lagen ganz im Sinne der Romantik: Die Anstalt sollte in einer anmutigen Gegend liegen, die alle Merkmale der „romantischen Landschaft“ hat und in nichts an die bisherigen Gefängnisse erinnert.

⁴⁵ Vgl. Blasius 1994: S. 19

⁴⁶ Vgl. Schott; Tölle 2006: S. 239

⁴⁷ Vgl. Dörner 1975: S. 229

⁴⁸ Reil 1803: S. 253

⁴⁹ Neuburger 1945: S. 129

Wichtig war ihm eine absolute Trennung der Patienten von ihrem Herkunftsort und ihren Angehörigen, auch um sie vor mutmaßlicher Misshandlung ihrer Familie zu schützen.⁵⁰

Erleichtert wurde die Irrenreform durch die Folgen des Reichsdeputationshauptschlusses 1803. Plötzlich standen eine Unzahl leerer Klöster und Schlösser zur Verfügung, die bald als Fabriken, aber auch für die billige Unterbringung der aus den Tollhäusern „befreiten“ Irren genutzt wurden.

Diese adaptierten Anstalten ermöglichten zwar die organisatorische Realisierung der Irrenreformpläne, andererseits hemmten ihre gewaltigen Mauerwerke und Zellen die Entwicklung einer individualisierenden Heilungsintention der Psychiatrie und leisteten dem Patriarchalismus der deutschen Irrenanstalten Vorschub.⁵¹

Die praktische Irrenreform begann 1805 im damals kurzzeitig preußischen Bayreuth, wo der für die Reform der Provinzverwaltung zuständige Minister von Hardenberg Johann Gottfried Langermann (1786-1832) mit der Umgestaltung des dortigen Irrenhauses beauftragte.

Langermann war es selbstverständlich, dass sich die Irrenreform auf die armen Irren bezieht. Die Reichen wurden separat behandelt. Die Anstalt diente zugleich der Heilung und dem Öffentlichkeitsschutz. Von den Armen waren alle Heilbaren und von den Unheilbaren alle Gemeingefährlichen aufzunehmen. Entgegen Reil, der die reine Heilanstalt propagierte, sollten Heilbare und Unheilbare in derselben Anstalt sein, weil die Zuordnung im Einzelfall stets unsicher sei.

Für Langermann stand ganz die Disziplin im Vordergrund, romantische Zerstreung, wie Reil sie neben körperlicher Züchtigung befürwortete, sah er als kontraproduktiv an.

Pädagogische Belehrung ebenso wie militärischer Drill und mechanische Strafen sollten die Irren zu sich selbst zurückzwingen, damit sie an der bürgerlichen Freiheit wieder teilhaben konnten.⁵²

Somit war die zeitgenössische Wahrnehmung der Irrenanstalt eine komplett andere, als die heutzutage verbreitete. Gelten Anstalten und anstaltsähnliche Institutionen heute als finstere Orte der Exklusion, so diente die preußische Irrenanstalt nach dem zeitgenössischen Verständnis der Wiedererlangung sozialer Integration.

⁵⁰ Vgl. Dörner 1975: S. 236

⁵¹ Vgl. Dörner 1975: S. 242

Für die Irren war nun anstelle des willkürlichen Zwangs des Absolutismus der streng gesetzmäßige Zwang der Gesellschaft im Sinne der preußischen Reformer getreten.

Es ist kennzeichnend für die Entstehung der Psychiatrie in Preußen, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen dem sittlichen Idealismus des Anspruchs und der Brutalität der Mittel, mit denen er realisiert werden sollte, besteht.⁵³

Die preußische Irrenreform wurde allerdings bald in jenen deutschen Staaten und Provinzen überholt, die Anschluss an westliche Ideen fanden. Dort wurde es ab ca. 1810 nahezu verpflichtend, dass Psychiater ausgedehnte „Anstaltsreisen“ hauptsächlich nach Frankreich und England unternahmen, um mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen die deutsche Irrenreform zu bereichern.

Repräsentativ für die Entstehung einer humaneren Psychiatrie gilt die sächsische Anstalt Sonnenstein/Pirna, eine reine Heilanstalt, die 1811 gegründet wurde.

Die Idee einer reinen Heilanstalt wurde von Johann August Fürchtgott Hayner (1775-1837) und Ernst Gottlob Pienitz (1777-1853) konzipiert. Die Irren, die als unheilbar galten, kamen in eine separate Pflegeanstalt.

Hayner und Pienitz nahmen sich liberale Errungenschaften der zeitgenössischen französischen Psychiatrie (Pinel, Esquirol) als Vorbild, was sich beispielsweise darin äußerte, dass sie die alten Körperstrafen strikt ablehnten:

Erstmals in Deutschland wurde ausdrücklich das französische „traitement moral“ praktiziert, eine Form des Umgangs mit dem Kranken, die gekennzeichnet ist durch Milde, Zuwendung und Geduld.

Im Sonnenstein wurde auch das sozialpsychiatrische Prinzip zum ersten Mal angewandt, dass eine Anstalt den Kontakt zu den entlassenen Patienten aufrechterhalten muss.⁵⁴

Hayner führte allerdings auch das Laufrad ein, um damit „den Zerstreuten anhaltend auf sich selbst zurückzurufen, den Vertieften aus seiner Traumwelt in die wirkliche zu ziehen“ (Hayner 1818: S. 339).

Dörner sieht darin ein Indiz dafür, dass die humanitären Irrenreformer allmählich zu Funktionären wurden, welche die abweichenden Irren in die spezifische Disziplin der sich industrialisierenden Gesellschaft einzuarbeiten und sie mit der ihr entsprechenden Vernunft

⁵² Vgl. Dörner 1975: S. 244ff.

⁵³ Vgl. Dörner 1975: S. 248f.

⁵⁴ Vgl. Dörner 1975: S. 251ff.

zur Deckung zu bringen hatten.⁵⁵

Für den im 19. Jahrhundert endgültigen Anstaltstyp stand die „relativ verbundene“ Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim, die in zwei ehemaligen Klöstern eingerichtet wurde (1827). Der gemischte Typ und die absolute Trennung hatten sich als unzweckmäßig erwiesen. Die Einweisung in eigene Pflegeanstalten wurde von der Öffentlichkeit als Todesurteil für den Patienten empfunden und die Psychiater waren nun allgemein zu der Einsicht der Unsicherheit ihrer Heilbarkeits- und Unheilbarkeitsprognosen gekommen. So kam man zu der Lösung, alle Irren, wenn auch differenziert, in einem Anstaltskomplex zusammenzufassen.⁵⁶

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die erwünschte „soziale Integration“ der Irren durch Anstalten und sonstige medizinische Betreuung in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts seine Grenzen hatte.

Nach einer zeitgenössischen Schätzung wurde 1821 lediglich ein Sechstel der Irren durch einen Arzt oder eine Anstalt behandelt. Die große Mehrheit befand sich zu dieser Zeit weiterhin in Zuchthäusern, Gefängnissen oder auf der Straße.⁵⁷

3.4 Extramurale Betreuungsformen contra Anstaltsparadigma

Wenn auch die psychiatrische Anstalt im 19. Jahrhundert eindeutig die dominierende Form der psychiatrischen Betreuung wurde, so entstanden dennoch allmählich vereinzelt, extramural und der Bevölkerung näher, andere Betreuungsformen. Deren früheste ist die Familienpflege.

Der Ursprung der systematischen Familienpflege liegt in dem flämischen Dorf Gheel.

Im Mittelalter war Gheel ein Wallfahrtsort, in dem psychisch Kranke Heilung suchten. Ungefähr ab dem 15. Jahrhundert wurden psychisch Kranke in Familien aufgenommen und dort besser behandelt als anderswo.

Ab dem 18. Jahrhundert wurde die Familienpflege in Gheel systematisiert und zentralisiert. Sie wird noch heute intensiv betrieben.

Seit Gheel bestimmen folgende Prinzipien die Familienpflege: mehr Freiheit als in den Anstalten,

⁵⁵ Vgl. Dörner 1975: S. 252f.

⁵⁶ Vgl. Dörner 1975: S. 256

⁵⁷ Vgl. Dörner 1975: S. 258

„normalere“ Unterbringung, Umgang mit Gesunden:⁵⁸

„Das Wesentliche der Familienpflege besteht darin, daß der Kranke nicht mehr unter Kranken und Wärtern und in der nothwendigerweise strengen Disciplin der Anstalt sein Leben hinbringt, daß ein, zwei, höchstens vier Kranke in und mit einer ländlichen oder bürgerlichen Familie leben, an deren Arbeiten, Mahlzeiten, täglichem Thun und Lassen sie wie Glieder, wenn auch kranke Glieder, Theil nehmen. [...]“⁵⁹

„Sie [die familiäre Verpflegung] gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches sociales Medium, die Wohlthat des Familienlebens.“⁶⁰

Das Prinzip einer freieren Unterbringung außerhalb der Anstalt wurde auch in der **Agricolen Colonie** angestrebt. So hießen landwirtschaftliche Betriebe, die überwiegend von Kranken bewirtschaftet wurden.

Die Akzente lagen anders als bei der Familienpflege: In der landwirtschaftlichen Kolonie blieb eine Gruppe von Patienten zusammen. Sie wohnten ohne geschlossene Tür auf dem Bauernhof. In der Arbeitstherapie sah man den wichtigsten therapeutischen Faktor.

Die erste landwirtschaftliche Kolonie in Deutschland gab es 1859.⁶¹

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die systematische Familienpflege und auch die agricole Colonie intensiv unter deutschen Psychiatern diskutiert. Die Reaktionen waren allerdings zwiespältig. Zwar waren viele Psychiater u. a. nach Gheel gereist, um die Familienpflege zu begutachten und berichteten positiv über das Gesehene. Die Verwirklichung der neuen Betreuungsformen stieß allerdings auf große Schwierigkeiten.⁶²

Das Anstaltsparadigma setzt sich durch

Die Gründerzeit der Anstaltspsychiatrie, die durch Persönlichkeiten wie Langemann und Pienitz geprägt wurde, dauerte bis ungefähr zur Jahrhundertmitte. Dabei wurden die Verhältnisse zunehmend ungünstiger. Ein Grund hierfür war der rasch ansteigende Bedarf an

⁵⁸ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 279ff.

⁵⁹ Griesinger 1868: S. 25

⁶⁰ Griesinger 1872: S. 301

⁶¹ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 282

⁶² Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 284

Anstaltsplätzen. Als Reaktion darauf wurden immer neue Anstalten eingerichtet und bestehende vergrößert. Trotzdem waren die Anstalten bald überfüllt. Größe und Fülle setzten den therapeutischen Bemühungen enge Grenzen.

Der Führungsstil blieb – dem Zeitgeist entsprechend – patriarchalisch. Der Direktor sah sich als Vater aller Patienten und Mitarbeiter. Es wurde ein Stil des stationären Versorgens praktiziert, bei dem es mehr auf das Aufbewahren ankam als auf das Behandeln.⁶³

Der einflussreichste Vertreter dieses herkömmlichen Anstaltstyps war der Direktor der Anstalt Nietleben Heinrich Damerow (1798-1866).

Er idealisierte die relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt als höhere Synthese der bisher getrennten beiden Anstaltstypen. In Wirklichkeit war der reale Anlass zu dieser Idee, die Ernüchterung des anfänglichen Heilungsoptimismus, der vergeblich allein durch Errichtung repräsentativ – großartiger Anstalten nur zu Heilzwecken die Irren besser heilen zu können gehofft hatte, und die zunehmend ökonomisch motivierte Bürokratie, die das Zusammenlegen und die gemeinsame Verwaltung von Heil- und Pflegeanstalten als die billigere Lösung errechnet hatte.⁶⁴

Damerow pries die Anstalten als die „höchsten Humanitäts- und Wohlfahrtsanstalten“, ungeachtet der Kritik, dass sie aufgrund romantischer Vorurteile die Irren von den Städten und der Gesellschaft künstlich fern halte.

Damerow lehnte auch die Non – Restraint – Bewegung (Verzicht auf körperlichen Zwang) ab und verteidigte die Notwendigkeit des „verständnis angewand ten offenen“ Zwangs stattdessen vehement.⁶⁵

Eine zu Damerows Positionen vollständig entgegengesetzte Denkweise wurde von Wilhelm Griesinger (1817-1868) vertreten.

Der vielseitige Mediziner beschäftigte sich ausgiebig mit dem Non – Restraint – Prinzip und setzte es an den Orten durch, wo er praktisch tätig war. Weiterhin besuchte er agricole Colonien und die Irren – Siedlung von Gheel.

Mit seinen institutionellen Reformvorschlägen war er seiner Zeit weit voraus:

⁶³ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 285f.

⁶⁴ Vgl. Dörner 1975: S. 304f.

- Die bisherige Differenzierung in Heilbare und Unheilbare ersetzte er in akut und chronisch Kranke.
- Für die akut Kranken forderte er ein „Stadt – Asyl“ in jeder Stadt. Dieses sollte keinesfalls in einer romantischen Landschaft liegen, sondern am Rande der Stadt, auf deren flottierende Bevölkerung eingestellt.
- Vor jeder Aufnahme sollte ein Arzt des Asyls den Kranken in seiner Wohnung aufsuchen, um ihn in seinen bisherigen Verhältnissen kennenzulernen.
- Der Kranke sollte Kontakt zu seiner Familie halten, wodurch sich die Wiedereingliederung in den Alltag erleichtern sollte.
- Griesinger verurteilte das bisherige Prinzip des Schutzes und der Sicherheit der Gesellschaft, da es dazu führte, alle Irren, nach dem seltenen Beispiel weniger, als gefährlich wahrzunehmen und ihnen die Freiheit sinnlos und schädigend vorzuenthalten.
- Eine umfassende Dezentralisierung sollte der ökonomischen Unzweckmäßigkeit der Anstalt abhelfen. Lediglich im Zentrum der Anstalt sollte ein geschlossenes Asyl für die eigen- oder fremdgefährdenden Irren liegen. Vor den Anstalten sollten flächendeckend agricole Colonien entstehen. Als weitere Stufe plante er die umfassende Einführung der Familienpflege.⁶⁶

Griesingers Maxime lautete: „Man soll jedem das Maß an Freiheit geben, welches ihm gelassen werden kann. Die Erfahrungen über dieses Maß sind immer fortzusetzen.“⁶⁷

Die große Mehrheit der Anstaltspsychiater konnte mit Griesingers Reformvorschlägen wenig anfangen.

Stellvertretend für diese Mehrheit wandte sich Bernhard Heinrich Laehr (1820-1905), zeitweise Oberarzt in Damerows Anstalt, scharf gegen Griesinger: Zur Familienpflege meinte er, ohnehin sei die Anstalt eine Familie und der Direktor der allgemeine Familienvater. Durch Familienpflege und durch koloniale Versorgung würden der Anstalt die besten Arbeitskräfte entzogen. Überhaupt könne man von einem Psychiatrie – Professor erwarten, dass er in einer Zeit, in der die Psychiatrie der Kritik ausgesetzt sei, diese verteidige, anstatt selbst

⁶⁵ Vgl. Dörner 1975: S. 307

⁶⁶ Vgl. Dörner 1975: S. 331ff.

⁶⁷ Griesinger 1872: S. 306, 308

Kritik zu üben.

In der entscheidenden Abstimmung auf einer Psychiatrie - Tagung am 23.09.1868 wurden die Vorschläge Griesingers, der zu diesem Zeitpunkt im Sterben lag, abgelehnt. Irrenanstalten seien nur in der bisherigen Form zu dulden und zwar nur auf dem Land.⁶⁸

In der Folge dieses Beschlusses wurde die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich zurückgeworfen. Die Reform der Anstalten und die Einführung extramuraler Betreuungsformen kamen nicht oder allenfalls vereinzelt in Gang. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Familienpflege zeitweise „wiederentdeckt“. Dies geschah aus der Not heraus, dass die Überbelegung der Anstalten immer mehr überhand nahm. Man sah die Familienpflege als letztes Glied der Errungenschaften der modernen Psychiatrie, ehe sie mit dem Ersten Weltkrieg rapide zurückging und sie im Nationalsozialismus schließlich ganz zum Erliegen kam.⁶⁹

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Familienpflege vereinzelt wiederbelebt, konnte sich aber gegen andere Betreuungsformen, wie die Heimbetreuung oder ambulant betreutes Wohnen, nicht behaupten.⁷⁰

In der modernen Beurteilung wird die Familienpflege (heute „Betreutes Wohnen in Familien“) insofern geschätzt, als ein gewisser Teil chronisch psychisch kranker Menschen sich in einer toleranten Gastfamilie besser entfalten kann, als in anderen Betreuungsformen. Es wird sowohl ein Milieu der Geborgenheit und Anerkennung als auch ein hohes Maß an Versorgung geboten.⁷¹

Darin liegt allerdings auch die Ambivalenz des Betreuten Wohnens in Familien. Die fürsorgliche Behandlung durch die Gastfamilie kann zwar zu einer Stabilisierung beitragen, kann aber auch die Unselbständigkeit verfestigen und führt daher nur eingeschränkt zu einer inklusiveren sozialen Stellung des psychisch Kranken.⁷²

Der Typ der Irrenanstalt der 1860er Jahre blieb nach Griesingers Scheitern, ungefährdet von extramuralen Betreuungsformen, im Wesentlichen unverändert als *das* Anstaltssystem („totale Institution“ nach Goffman) bestehen und prägte das Bild der Psychiatrie für die nächsten 100 Jahre.

⁶⁸ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 287-291

⁶⁹ Vgl. Blasius 1994: S. 104-113 in Verb. mit Schott; Tölle 2005: S. 284

⁷⁰ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 285

⁷¹ Vgl. Konrad, Schock; Jaeger 2006: S: 26

⁷² Vgl. Elgeti 2006: S. 11ff.

Erst nach der Psychiatrie Enquete 1975 erlebten einzelne Vorschläge Griesingers, zum Beispiel strukturelle Umgestaltung der großen Anstalten, zwangsfreie Behandlung und komplementäre extramurale Einrichtungen, eine Renaissance.⁷³

3.5 Exkurs: Die totale Institution

Da das Modell der „totalen Institution“ von Erving Goffman immer wieder in der Literatur herausgehoben wird, wenn von psychiatrischen Anstalten die Rede ist⁷⁴, erscheint es angebracht, dieses Modell genauer zu betrachten, zumal Anhorn die Isolierung in totalen Institution als einen besonders hohen Grad der sozialen Ausschließung bzw. Exklusion beschreibt (siehe Kapitel 1.4).

Institutionen definiert Goffman als Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird.

Eine Gruppe der Institutionen, die einen allumfassenden oder totalen Charakter hat, nennt Goffman totale Institutionen. Das Allumfassende wird durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit durch verschlossene Tore, hohe Mauern, Stacheldraht etc. symbolisiert.

Goffman zählt verschiedene Gruppen totaler Institutionen auf, die für Unselbständige (Altenheime, Waisenheime), Gefährliche (Gefängnisse), Religiöse (Klöster) geschaffen wurden oder aufgrund bestimmter instrumenteller Gründe (Kasernen, Gutshöfe).

Die Irrenanstalten gehören dabei zu einer weiteren Gruppe, die der Fürsorge für Personen dient, von denen angenommen wird, dass sie unfähig sind, für sich selbst zu sorgen, und dass sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft darstellen.⁷⁵

In totalen Institutionen besteht eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, die „Insassen“ genannt werden, und dem Aufsichtspersonal, das weniger zahlreich ist. Für die Insassen gilt der erwähnte beschränkte Kontakt mit der Außenwelt (→ Exklusion). Sie leben in der Institution, während das Personal auch in der Außenwelt sozial integriert ist.

Das Personal hält sich für überlegen und glaubt das Recht auf seiner Seite, während die Insassen sich oft unterlegen, schwach, tadelnswert und schuldig fühlen.

Goffman zählt vier zentrale Merkmale von Institutionen auf:

⁷³ Vgl. Schott;Tölle 2005: S. 292

⁷⁴ Z. B. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 33, Quindel 2004: S. 17, Siemen 2001: S. 40

- Alle Angelegenheiten des Lebens finden an einem einzigen Ort statt unter einer einzigen Autorität.
- Die Mitglieder der Institution führen alle Verrichtungen in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird.
- Alle Phasen des Tages sind exakt geplant. Die Folge der Tätigkeiten wird autoritär durch ein System formaler Regeln vorgeschrieben.
- Die verschiedenen, erzwungenen Tätigkeiten werden in einem rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.⁷⁶

Diese systematische Verhinderung individueller Entfaltung wird durch einheitliche Kleidung, Wegnahme von Habseligkeiten, Übernachtung in riesigen Schlafsälen etc. verstärkt. Dies bewirkt den Verlust der bisherigen sozialen Rollen, eine „Beschränkung des Selbst.“⁷⁷

Die Trennung des Insassen von der weiteren Welt dauert rund um die Uhr an und kann jahrelang dauern, mitunter lebenslang.

Der Insasse kann, wenn und falls er in die Welt zurückkehrt, evtl. einige gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten wiedererlangen, andere können unwiderruflich verloren sein. Goffman denkt dabei an Bildungschancen, berufliche Karriere und Familienplanung, die indirekt durch die „verlorene Lebenszeit“ und das Verlernen von Ressourcen oder direkt durch Entmündigung ausgeschlossen werden können. Diesen permanenten Verlust nennt er den „bürgerlichen Tod.“⁷⁸ (Vgl. auch Kapitel 3.6.1)

3.6 Zunehmende Exklusion im Kaiserreich

Trotz der immer größeren Ausdehnung des Anstaltswesens wurden bis in die 1870er Jahre Geistesranke hauptsächlich in ihren Herkunftsfamilien gepflegt. Gemäß einer Volkszählung aus dem Jahr 1871 befanden sich 75% als Irre Etikettierte in Familien und 25% in Anstalten. Die These, nach der die Angehörigen froh waren, wenn sie ein geisteskrankes Familienmitglied in die Anstalt abschieben konnten, ist also mindestens fragwürdig.⁷⁹

⁷⁵ Vgl. Goffman 1973: S. 15f

⁷⁶ Vgl. Goffman 1973: S. 17ff.

⁷⁷ Vgl. Goffman 1973: S. 25, 27

⁷⁸ Vgl. Goffman 1973: S. 25f.

⁷⁹ Vgl. Blasius 1994: S. 70f.

Dementsprechend sprach die Verwaltung bedauernd von der „tief eingewurzelten Gewohnheit häuslicher Pflege, an der trotz der neuen Institute zäh festgehalten werde.“ (Guttstadt 1874: S. 37).

Wovon war es abhängig, ob Geisteskranke innerhalb der Gesellschaft leben durften oder durch die Einweisung in eine Anstalt „exkludiert“ wurden?

Nach zeitgenössischen Einschätzungen spielte die Differenz von Stadt- und Landleben eine entscheidende Rolle:

„Geisteskranke, deren Verpflegung auf dem Lande oft ohne Schwierigkeiten möglich ist, lassen sich in den engen Verhältnissen einer Großstadt nicht halten. [...] Mancher Schwerkranker ist in beschränkten Verhältnissen bei einer nachgiebigen und individualisierenden Behandlung noch zu recht guten Leistungen fähig, während er sich in die Ordnung und Disziplin eines Großbetriebs nicht einfügen vermag. [...] Vorläufig stehen wir aber noch mitten in dieser sozialen Entwicklung: Die großen Städte vergrößern sich dauernd auf Kosten des platten Landes, der Kleinbetrieb wird von der Großindustrie immer mehr verschlungen; die Forderungen aber, die der Massenbetrieb an den Arbeiter stellt, entsprechen einem Durchschnitt, dem ein großer Teil der minderwertigen Arbeiter nicht zu genügen vermag. So wird die Zahl derer, die einer individualisierenden Behandlung bedürfen und mangels einer solchen unter den gegebenen Verhältnissen unterliegen, immer mehr anwachsen.“⁸⁰

Blasius warnt allerdings davor, sich diese Sichtweise unreflektiert zu eigen zu machen, weil hier eine nostalgische Verklärung des Landlebens anklingt. Dieses war nämlich oft härter und grausamer als das Leben in den Städten. Der Gegensatz von organischer Ordnung des Landlebens einerseits und der Mechanisierung menschlicher Kontakte in der Stadt andererseits hat keine historische Stimmigkeit. Bindungen zwischen Geisteskranken und ihren Familien fanden sich in urbanen Kontexten ebenso wie sie in ländlichen fehlen konnten.

Unterschiedliche Toleranzen in städtischen und ländlichen Milieus lagen nicht primär an den Betroffenen, sondern an der Bürokratie, die in der Stadt viel rigider verwaltet und auch viel ausgeprägter war.⁸¹

Im Laufe der nächsten Jahrzehnte kam es nun zu einem massiven Exklusionsschub: Während die deutsche Bevölkerung von 1880 bis 1910 um 48% zunahm, wuchs die Anstaltspopulation im gleichen Zeitraum um 429%.

⁸⁰ Wilmanns 1911: S. 625f.

⁸¹ Vgl. Blasius 1994: S. 73

Was waren die Gründe für diese in der Psychatriegeschichte beispiellose Entwicklung?⁸²

Die staatlichen Behörden orientierten sich ursprünglich durchaus an dem bürgerlichen Leitgedanken der Fürsorgepflicht. Es wurde darüber räsoniert, dass es bei dem Irresein erforderlich sei den Kranken aus den Verhältnissen zu nehmen, in welchen er erkrankt ist, um schädlichen Umgang bis hin zu Misshandlungen zu verhindern.⁸³

Ab den 1890er Jahren verschärfte die Bürokratie ihren Zugriff auf das Irrenwesen. Staatliche Irrenfürsorge wurde zu staatlicher Irrenüberwachung.

Dieser Vorgang liegt im sich ändernden Verhältnis von Staat und Gesellschaft im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts begründet. Infolge der ökonomischen Krise, der „Großen Depression“, wurde der Einfluss des liberalen Bürgertums politisch marginalisiert. Eine zunehmend repressivere Gesetzgebung machte auch vor der Irrenfrage nicht halt.

Die relativ verbreitete Integration der Geisteskranken in der Herkunftsfamilie wurde nun repressiv zurückgeschraubt. Dass die Angehörigen froh seien ihre Irren abschieben zu können, war eine Illusion der preußischen Bürokratie gewesen. Diese Fehleinschätzung suchte man nun zu korrigieren.

Die Irrenanstalt wurde nun als Sanktionsmechanismus für unangepasstes Verhalten eingeführt. Dies trug zu einer Absicherung einer herrschaftlich vorgegebenen Verhaltensdisziplin bei. Die preußische Bürokratie versuchte massiv die außerhalb der Anstalten lebenden Geisteskranken unter Kontrolle zu bringen. In einem ersten Schritt wurden die Geisteskranken, die innerhalb der Gemeinde lebten, statistisch erfasst. Die so registrierten Geisteskranken wurden staatlich beaufsichtigt. Bei „besonderen Missständen“ hatte die Einweisung des Kranken in eine Anstalt zu erfolgen. Es wurde eine Anzeigepflicht eingeführt sowie eine regelmäßige Revision durch die Polizeibehörde.⁸⁴

In den Fokus gerieten auch Familien, die gegen Entgelt einen Geisteskranken aufgenommen hatten. Diese informelle Familienpflege war zu dieser Zeit üblich, wenn die eigenen Angehörigen nicht in der Lage waren sich um ihr krankes Familienmitglied zu kümmern. Das finanzielle Opfer nahm man für die gute Unterbringung und räumliche Nähe, die die Bindung nicht abreißen ließ, auf sich. Eine Anstaltsunterbringung bedeutete dagegen oft eine weite Entfernung vom Herkunftsort und ein weitgehendes Abreißen des Kontakts.

Im Laufe von 15 Jahren verminderte sich durch die Intervention des Staates diese

⁸² Vgl. Blasius 1994: S. 78f.

⁸³ Vgl. Blasius 1994: S. 82

⁸⁴ Vgl. Blasius 1994: S. 84-88

informelle Familienpflege um die Hälfte.⁸⁵

Das rigide Vorgehen des Staates sorgte bei den ausführenden Verwaltungsbehörden für Kritik. Sie waren sich unsicher, wie sie seriös Geisteskranke in der Bevölkerung erfassen sollte, ohne dass klare Diagnosekriterien existierten. Letztendlich wurde „Irresein“ einfach an auffälligem Verhalten festgemacht.

Gelegenheitsdiebstähle, Bettelei oder auffälliger Alkoholkonsum konnten schon zur Einweisung führen.⁸⁶

Die Irrenanstalt war am Ende des 19. Jahrhunderts somit zu einer Art Medium geworden, um der Gesellschaft Disziplin einzublauen.⁸⁷

In dieser Phase der Gesellschaftsentwicklung verloren die Anstalten immer mehr ihren Charakter als Heilanstalten. Das, was die bürgerliche Gesellschaft in ihrer optimistischen Phase an psychiatrischen Fürsorgeeinrichtungen zur Verfügung gestellt hatte, machte sich jetzt der Staat in seinem Sicherheitsbedürfnis verfügbar, der soziale Probleme in „Pathologie“ umdeutete.⁸⁸

Die Irrenanstalt hatte in ihrer Funktion als Exklusionsinstrument eine neue Qualität erreicht.

Der bürgerliche Widerstand gegen die zunehmende Exklusion

Gegen die Allmachtansprüche des Staates, der zunehmend psychisch auffällige und soziale abweichende Menschen in die Anstalten wegspernte, formierte sich ab den 1880er Jahren erstmals direkt von der Betroffenenenseite vermehrt Widerstand.

Als geisteskrank etikettierte Menschen, die in die Mühlen der Psychiatrie geraten waren, gingen als Anwälte eigener Sache an die Öffentlichkeit und berichteten in Schriften, die weite Verbreitung fanden, offen über ärztliche Ignoranz, Brutalität der Irrenwärter und Behördenwillkür. Es ging ihnen dabei um die Anerkennung geistiger Gesundheit, die Entlassung aus der Anstalt, die Aufhebung einer Entmündigung und die Wiederherstellung der Geschäftsfähigkeit, sprich: um die Wiedereinsetzung in eine bürgerliche Existenz.

Die Vernunft des öffentlichen Diskurses wurde gegen das psychiatrische Deutungsmonopol,

⁸⁵ Vgl. Blasius 1994: S. 92f.

⁸⁶ Vgl. Blasius 1994: S. 93f., 96

⁸⁷ Vgl. Blasius 1994: S. 99

⁸⁸ Vgl. Blasius 1994: S. 95

Polizeigewalt und Staatsräson in Stellung gebracht.

Auffällig ist, dass die Autoren fast alle protestantische bürgerliche Männer waren, Katholiken, Männer aus der Unterschicht und Frauen finden sich so gut wie gar nicht unter den Urhebern.⁸⁹

Die literarische Psychiatriekritik war Teil einer Bewegung zur sogenannten „Irrenrechtsreform“, die sich im „Bund für Irrenrecht und Irrenfürsorge“ organisierte.

Die Irrenrechtsbewegung wurde größtenteils von Psychiatererfahrenen getragen. Ziel war es, die öffentliche Meinung, Presse, Rechtsprechung und Gesetzgebung zu beeinflussen, um Missstände in der Psychiatrie abzustellen, Patientenrechte zu stärken und die Psychiatrie der Kontrolle von Kommissionen zu unterstellen, denen auch Laien angehören sollten.

Die Mittel, mit denen die Irrenrechtsbewegung ihre Ziele verfolgte, waren vielseitig: Man wandte sich an die entstehenden Massenmedien, lancierte Petitionen, schickte offene Briefe an den Kaiser, betrieb politische Lobbyarbeit und initiierte spektakuläre Gerichtsprozesse, in denen es um willkürliche Zwangseinweisungen ging. Die psychiatrische Profession wehrte sich, indem sie den „Querulantenwahnsinn“ erfand, den die Irrenrechtsbewegung ihrerseits als Pathologisierung berechtigter gesellschaftlicher Forderungen bekämpfte.

In der Kritik an den Missständen der Irrenanstalten lassen sich Ähnlichkeiten zu der Antipsychiatrie – Bewegung der 1960er und 70er Jahre erkennen. Allerdings lehnte die Irrenrechtsbewegung – anders als die spätere Antipsychiatrie – keineswegs das Konzept Psychiatrie grundsätzlich ab.

Als Vorläufer für den heutigen „Trialog“ kann die Irrenrechtsbewegung auch nur bedingt gelten, da sie in scharfem Gegensatz zu den Psychiatern stand und Angehörige mit tiefem Misstrauen betrachtete, ihnen wurde in vielen Fällen unterstellt, Patienten aus eigennützigem Interesse in eine Anstalt abzuschieben.

Die Aktivisten der Irrenrechtsbewegung waren hochsensible bürgerliche Persönlichkeiten, die dagegen protestierten, als Geisteskranke etikettiert zu werden.

Die Notwendigkeit, „arme Irre“ und „kriminelle Geisteskranke“ auszugrenzen, indem diese in totale Institutionen interniert wurden, zogen sie nicht grundsätzlich in Zweifel.

In der Weimarer Republik versuchte die Irrenrechtsbewegung ein „Schutzgesetz für

⁸⁹ Vgl. Schmuhl 2009: S. 7f.

Geisteskrankes“ durchzusetzen, das unter anderem Schutzbestimmungen gegen Misshandlung beinhaltete. Diese Initiative scheiterte jedoch am Widerstand der psychiatrischen Profession.

Der Bund für Irrenrecht und Irrenfürsorge löste sich 1922 auf. Die Psychiatrieerfahrenen verschwanden nun bis lange nach dem Zweiten Weltkrieg aus dem Diskurs über Psychiatrie.⁹⁰

3.7 Vom „Weniger – sein“ zum „Nicht – mehr – sein“

Pseudowissenschaftliche Theorien, wie die Degenerationslehre oder der Sozialdarwinismus, die seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aufkamen und in der Psychiatrie fruchtbaren Boden fanden, wurden zunehmend einflussreicher und bildeten die geistige Grundlage für die krasseste Form der Exklusion: die physische Vernichtung psychisch kranker Menschen unter der nationalsozialistischen Herrschaft.⁹¹

3.7.1 Degenerationslehre – Sozialdarwinismus – Eugenik – Rassenhygiene

Die Lehre von der Degeneration oder Entartung leitete sich von verschwommenen biologischen, soziologischen und theologischen Vorstellungen ab und entbehrte einer überzeugenden wissenschaftlichen Fundierung.

Der französische Psychiater Benedict – Augustin Morel (1809-1873) führte das Degenerationsmodell in die Psychiatrie ein. Belastungen, die von den Eltern vererbt wurden, mehr aber noch das soziale Milieu und falscher Lebenswandel würden zur Entartung führen, die dann über Generationen hinweg fortschreite. Dies sei zuerst an charakterlichen Anomalien festzustellen, dann an körperlichen Störungen und schließlich an schweren geistigen Störungen. Hierbei handle es sich um Abweichungen vom gottgewollten Menschenbild, infolge des Sündenfalls. Durch Häufungen von Degeneration sei schließlich die ganze Menschheit bedroht. Rettung versprächen eugenische, sozialhygienische und pädagogische Maßnahmen.

Der Psychiater Joseph – Valentin Magnan (1835-1916) verzichtete auf die theologischen Deutungen und verknüpfte seine Degenerationstheorie mit der Evolutionslehre von Darwin. Degeneration war für Magnan, dessen Auffassungen von deutschen Psychiatern weiterentwickelt wurden, weniger Abweichung von der Norm als ein pathologischer Zustand

⁹⁰ Vgl. Schmuhl 2009: S. 8f.

⁹¹ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 99, 166

schlechthin.⁹²

In eine ähnliche Richtung wie die Degenerationslehre stößt der Sozialdarwinismus, der auf Ernst Haeckel (1834-1919) und Herbert Spencer (1820-1903) zurückgeht.

Hiernach ist der Mensch verpflichtet in die Evolution einzugreifen, um die Höherentwicklung der Menschheit voranzutreiben und sie von Minderwertigen zu befreien.

Von dem so verstandenen Sozialdarwinismus war es nur ein Schritt weiter zur Eugenik und deren deutsche Variante der Rassenhygiene.⁹³

Die moderne Eugenik die Lehre von den guten Erbanlagen, wurde von Francis Galton (1822-1911) begründet. Er verbreitete die Auffassung, die menschliche Rasse könne durch Steuerung der Zeugung höher gezüchtet werden: Die Fortpflanzung geistiger Eliten sei zu fördern, die Fortpflanzung „Ungeeigneter“ zu verhindern.

Diese Lehre kam auch dem damaligen psychiatrischen Denken entgegen. Denn gerade die schweren psychischen Störungen schienen erblich mit bedingt zu sein, wie familiäre Häufungen zeigten. Man setzte daher auf Prävention, im Sinne der Verhinderung der Fortpflanzung psychisch kranker Menschen.⁹⁴

Alfred Ploetz (1860-1940) schuf den Begriff „Rassenhygiene“ anstelle des Terminus „Eugenik“.

In Ausdehnung des eugenischen Denkens ging es ihm darum, die gesunde „Vitalrasse“ zu erhalten und durch Selektionsmaßnahmen das „Rassenwohl“ zu fördern. Ploetz sah eine gefährliche Vermehrung der Untüchtigen kommen. Verbunden mit völkischen Ideen entstand die deutsche Rassenhygiene. Die Rasse der Arier wurde ganz oben angesiedelt, da sie wertvoller sei als andere Rassen.

Nicht wenige Psychiater hingen der Rasseideologie an, auch schon vor der nationalsozialistischen Zeit.

Ein führender Kopf der rassenhygienischen Forschung war der Psychiater Ernst Rüdin (1874-1952), der die Organisation der Euthanasie maßgeblich mit zu verantworten hat.⁹⁵

⁹² Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 99, 102

⁹³ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 108f.

⁹⁴ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 109

⁹⁵ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 110

3.7.2 Zwangsterilisation

Schon Jahrzehnte vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten bestand in einer breiten Öffentlichkeit in Deutschland und in anderen Industrienationen die Auffassung, dass eine Sterilisation aus eugenischen Gründen unvermeidbar sei, um den gefürchteten biologischen Niedergang der Menschheit aufzuhalten. Die Sterilisationsgesetzgebung war nicht auf Deutschland beschränkt, sondern international verbreitet infolge des Untergangspessimismus, der durch die sozialdarwinistischen und eugenischen Denkweisen befeuert wurde.

In der Psychiatrie führte das eugenische Denken dazu, dass therapeutisch gebotene Entlassungen unterblieben, weil man den psychisch Kranken ansonsten Gelegenheit zur Fortpflanzung und damit Vererbung ihrer krankhaften Veranlagung gebe. Aus diesem Grund wurde ab dem Ende der 1920er Jahre wieder mehr Stationen geschlossen geführt.

1933/34 beschloss die Reichsregierung eine Reihe von Gesetzen, die schließlich die zwangsweise Sterilisation bei Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern vorschrieb.

Die Ärzte wurden verpflichtet diese Menschen anzuzeigen. Leisteten die psychisch Kranken gegen ihre Sterilisation Widerstand, wurden sie unter Zwangspflegschaft gestellt, und wer sich weiterhin widersetzte, wurde durch die Polizei in den Operationssaal gebracht.

Die Zahl der Zwangssterilisationen während der nationalsozialistischen Herrschaft ist nicht genau bekannt, sie wird auf etwa 300 000 – 400 000 geschätzt. Circa 5.000 Frauen und 600 Männer starben an dem Eingriff.⁹⁶

3.7.3 Die Ursachen der Euthanasie

Hatte schon die Zwangssterilisation das ethische und juristische Prinzip der Unverletzlichkeit der Person missachtet, zielte die „Euthanasie“ auf das Leben schlechthin ab, das nicht mehr als elementarstes Menschenrecht angesehen, sondern als „lebensunwertes Leben“ bezeichnet wurde.⁹⁷

Ursprünglich verstand man unter Euthanasie dem Sterbenden alle erdenkliche Hilfe zukommen zu lassen, wie Linderung der Schmerzen und die Ermöglichung des Sterbens im Kreis der Familie, also keineswegs Lebensverkürzung. Mit dem 20. Jahrhundert kam es zum Bedeutungswandel, ausgelöst durch die Diskussion über „lebensunwertes Leben“.⁹⁸

⁹⁶ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 166ff.

⁹⁷ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 169

Wie schon erwähnt bestand der geistige Hintergrund der Euthanasie in den Theorien über Degeneration, Sozialdarwinismus, Eugenik und Rassenhygiene. Aber auch die Erfahrungen der Exklusion psychisch kranker Menschen durch die dauerhafte Einweisung in totale Institutionen führte dazu, dass die Skrupel vor dem letzten Schritt, der physischen Vernichtung, abnahmen.

Die Absonderung der psychisch Kranken in entlegene Anstalten erwies sich als überaus nachteilig. Die Aussonderung und Stigmatisierung als „Unheilbare“ verschlechterte nicht nur die Heilungsprognose, sondern auch die „Bewertung“ dieser Menschen. Anstaltsintern galten insbesondere die chronisch Kranken als Belastung für den Anstaltsbetrieb. Als die Auffassung aufkam, es handele sich um „unnütze Existenzen“, schlossen sich dem viele Psychiater gerne an. Es entwickelte sich die Vorstellung: Wenn es schon so weit mit den Menschen gekommen sei, dann sei es nur noch ein kleiner Schritt bis zur Feststellung „lebensunwert“ und zur Beendigung des Lebens.⁹⁹

Auch die schlechte ökonomische Situation durch den Ersten Weltkrieg und seine Folgen ließ die Stimmung der Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken immer feindseliger werden.

Schon während des Krieges ließ man die Anstaltsinsassen hungern. Die dadurch bedingte extrem hohe Sterberate führte dazu, dass die Anstaltsbelegung deutlich abnahm. Es schien in Kriegszeiten selbstverständlich, dass die knappen Lebensmittelvorräte zuerst den Gesunden, speziell den Soldaten zugutekommen sollten. Demgegenüber schienen die hospitalisierten psychisch Kranken „Ballastexistenzen“ zu sein. Geschätzte 70 000 psychisch Kranke starben im Ersten Weltkrieg an Hunger.

In den 1920er Jahren, als große Massen in Armut und Arbeitslosigkeit lebten, rechnete man aus, wie viel ein über Jahre hospitalisierter Behinderter der Allgemeinheit kostete. Viele Gesunde sahen die psychisch Kranken und Behinderten als unnütze Esser, wenn nicht als „Parasiten“ an.¹⁰⁰

3.7.4 Die Durchführung der Euthanasie

Unmittelbar vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges begannen die Planungen für die gezielte Ermordung psychisch Kranker. Zentrale der Mordaktion war das Haus Tiergartenstraße 4. Deswegen spricht man auch von der „T4 – Aktion“. Betroffen waren die über fünf Jahre

⁹⁸ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 169

⁹⁹ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 169

lang hospitalisierten Kranken, kriminell gewordene Patienten sowie ausländische und „nichtarische“ Patienten. An die Stelle der anfänglichen Erschießungen trat ab Januar 1940 die Tötung durch Gas.

Nach dem öffentlichen Protest des Bischofs Clemens August Graf Galen wurde die T4 – Aktion offiziell eingestellt. Es wird aber auch vermutet, dass die Nationalsozialisten inzwischen das Soll der Ermordungen erreicht hatten, das sie sich für die T4 – Aktion gesetzt hatten.

Anschließend gingen die Morde jedoch trotzdem weiter, es begann die Phase der „wilden Euthanasie“. Die nationalsozialistische Führung erwartete von den Anstaltsdirektoren, dass sie die Ermordung ihrer Patienten weiter betrieb. Nun wurde hauptsächlich durch Überdosierung von Medikamenten getötet.

Auch wurde das Hungersterben durch die sogenannte „E – Kost“ systematisiert. 1945 betrug die Sterberate in den Anstalten über 50%.

Die Gesamtzahl der ermordeten psychisch Kranken im Deutschen Reich und den besetzten Gebieten wird auf 250.000 bis 300.000 geschätzt.¹⁰¹

3.8 Die Psychiatrie – Enquete

Nach dem 2. Weltkrieg wurde die massenhafte Ermordung von psychisch kranken Menschen verleugnet und verdrängt. Als wäre nichts geschehen, funktionierte das psychiatrische System auf traditionelle Weise. Weiterhin wurden psychisch kranke Menschen durch die Isolierung in psychiatrische Anstalten ausgegrenzt.

Erst Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre kam es in Zeitungsbeiträgen und Buchveröffentlichungen zu breiterer Kritik am Anstaltssystem, das angesichts der gesellschaftlichen Veränderungsstimmung im Zuge der 68er Studentenrevolte als unzeitgemäß wahrgenommen wurde.

Des Weiteren wurde die Überfüllung der Anstalten wieder zum Problem, da nach Kriegsende viele Einrichtungen geschlossen und seitdem kaum neue gegründet wurden. Die Einführung von Psychopharmaka führte zwar zu erhöhten Entlassungszahlen, allerdings nahm auch die Zahl der Wiederaufnahmen deutlich zu, da es noch kaum ambulante Nachsorgeangebote gab.

Am 23.07.1971 handelte die Politik. Der Deutsche Bundestag beschloss eine „Enquete über die Lage der Psychiatrie“ anfertigen zu lassen.

¹⁰⁰ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 170f., 174

¹⁰¹ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 175-180

1975 war die Psychiatrie – Enquete fertig gestellt. Bis heute ist sie die einzige, die gesamte Bundesrepublik umfassende Zustandsbeschreibung der Psychiatrie geblieben. Die Beseitigung grober inhumaner Missstände wurde als Grundforderung erhoben. Des Weiteren forderten ihre Autoren eine grundlegende Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nach dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung – der erste Schritt zu einem inklusiveren Psychiatriekonzept.

Als erste Priorität wurde der Aus- und Aufbau komplementärer Dienste (Wohnheimsektor) gefordert. An zweiter Stelle stand der Aus- und Aufbau ambulanter Dienste (vor allem ambulante nervenärztliche Versorgung).¹⁰²

Hans – Ludwig Siemen meint, die Wirkung der Enquete für die reale Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung werde häufig überschätzt. Die verschiedenen in den 1970er und 80er Jahren aufgelegten Landespläne und Initiativen der Kostenträger hätte die Struktur der Psychiatrie mindestens ebenso stark beeinflusst wie die Enquete.

Die Enquete formulierte den größtmöglichen Kompromiss auf den sich die reformfreudigen und die konservativen Vertreter der Psychiatrie einigen konnten.

Die bestehenden psychiatrischen Anstalten sollten auch weiterhin einen wesentlichen Teil der Akutversorgung erbringen, psychiatrische Stationen in Allgemeinkrankenhäuser nur dort entstehen, wo sie nicht in Konkurrenz zu den bestehenden Einrichtungen treten konnten.

Die Ausgliederung der Langzeitpatienten in psychiatrische Wohnheime wurde zwar konsequent umgesetzt, allerdings bewirkte dies zunächst kaum eine inklusivere soziale Stellung für die Betroffenen¹⁰³ (vgl. Kapitel 4.2).

3.9 Antipsychiatrie

In der Zeit, als die Psychiatrie – Enquete entstand, wurden auch wesentlich radikalere Reformvorstellungen formuliert, die unter dem Begriff „Antipsychiatrie“ zusammengefasst werden.

Die Antipsychiater, deren wichtigste Vertreter David G. Cooper (geb. 1931), Thomas S. Szasz (geb. 1920) und Ronald D. Laing (1927-1989) sind, kritisierten nicht nur die Missstände in den Heil- und Pflegeanstalten, sondern lehnten generell die Konzeption der Psychiatrie und das Verständnis von psychisch Kranksein ab. Die Grundidee war, dass die Psychose

¹⁰² Vgl. Siemen 2001: S: 35-47

¹⁰³ Vgl. Siemen 2001: S: 47ff.

nicht Krankheit einer Person sei, sondern Prozess von Fehlentwicklungen sozialer Gruppen, einschließlich der Familien. Die gesellschaftlichen Zustände, zu denen auch die psychiatrischen Anstalten gehörten, seien die Ursache dessen, was man Psychose nenne. So wurde auch die geläufige Krankheitseinteilung grundsätzlich in Frage gestellt. Auch wurde die Pharmakotherapie scharf angegriffen.

Die Psychiatrie im Ganzen sei eine bestenfalls überflüssige, eigentlich aber schädliche Disziplin.¹⁰⁴

Die Antipsychiatrische Welle währte nur kurz (etwa 1965-1975). In dieser Zeit hatte sie auch in Deutschland viele Anhänger unter den jüngeren Psychiatern und Psychiatrie – Mitarbeitern. Bald wandten sich diese der Psychiatriereform zu und trugen dazu bei, die heutige Sozialpsychiatrie zu schaffen.¹⁰⁵

Da die Vertreter der Antipsychiatrie hauptsächlich gesellschaftskritisch – soziologisch argumentierten, warf man ihnen vor, das individuelle Leid der psychotisch Kranken außer Acht zu lassen.

Tatsächlich verlief die antipsychiatrische Praxis recht erfolglos.

Zwar scheiterte die Antipsychiatrie – Bewegung in ihrem revolutionären Anspruch, sie hinterließ jedoch wichtige Impulse, die zu einer inklusiveren gesellschaftlichen Stellung psychisch Kranker beitragen.

Man sah nun die Missstände in den Anstalten (Hospitalisierung, Zwangsbehandlung) schärfer, ebenso die Probleme im sozialen Umfeld der psychisch Kranken aufgrund von Stigmatisierung durch bestimmte psychiatrische Diagnosen. Auch wurden erste Erfahrungen mit Wohnformen, wie „Weglaufhäusern“ und Wohngemeinschaften, gesammelt, die im Vergleich zur vollstationären Versorgung weniger ausgrenzend wirkten.¹⁰⁶

3.10 Sozialpsychiatrie

Der Terminus Sozialpsychiatrie wurde von Georg Ilberg (1862-1942) im Jahr 1904 eingeführt. Er wurde aber erst in den 1950er Jahren fester Bestandteil der psychiatrischen Forschung und Praxis. Der Begriff Sozialpsychiatrie umfasst die Soziologie psychischer Störungen und die praktische Anwendung („Gemeindepsychiatrie“) sozialwissenschaftlicher

¹⁰⁴ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 210f.

¹⁰⁵ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 213

Methode in der Psychiatrie.¹⁰⁷

Die sozialpsychiatrische Denkweise ist allerdings älter als der Begriff. Eine sozialpsychiatrische Orientierung ist zum Beispiel schon bei den Reformvorschlägen Griesingers, die aber bekanntlich kaum Wiederhall fanden, deutlich zu erkennen (vgl. Kapitel 3.4.1).

Sozialpsychiatrische Anklänge finden sich auch in der Weimarer Republik im Prinzip der „offenen Fürsorge“.

Die Außenfürsorge wurde als Fortsetzung der Anstaltsbehandlung mit anderen Mitteln konzipiert und sollte die Heilerfolge sichern helfen: Die Anstalten stellten zumeist einen ihrer Ärzte als „Fürsorgearzt“ frei, der Sprechstunden abhielt und auch Hausbesuche machte.

Dirk Blasius sieht in der offenen Fürsorge kein Durchbrechen der psychiatrischen Exklusion. Die praktische Psychiatrie blieb Anstaltspsychiatrie. Doch sie bemühte sich immerhin ihr Ghetto zu verlassen.

Die zunehmende Radikalisierung der psychiatrischen Denkweisen (vgl. Kapitel 3.7.1) und schließlich die Machtübernahme der Nationalsozialisten machten die Reformbemühungen in der Psychiatrie wieder zunichte.¹⁰⁸

Wissenschaftlich gesehen konnte sich die sozialpsychiatrische Forschung zwar gegenüber der dominierenden biologisch – psychiatrischen Forschung auch nach dem Zweiten Weltkrieg nicht langfristig behaupten, sozialpsychiatrisches Denken und Handeln sind jedoch als „Gemeindepsychiatrie“ in der heutigen klinischen und komplementären Praxis infolge der Psychiatrie – Enquete und den nachfolgenden Reformen fest verankert.¹⁰⁹

Die dominierende stationäre Behandlung wurde ab den 1960er Jahren durch die teilstationäre Tagesklinik ergänzt. Heinz Schott und Rainer Tölle bewerten dies als ersten großen Schritt aus den Anstaltsmauern heraus.

Seitdem dienen Tageskliniken sowohl der Nachbehandlung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt wie auch bei primärer Indikation als Alternative zur stationären Behandlung. Tagesbehandlung ist angezeigt, wo ambulante Behandlung nicht ausreicht und stationäre Behandlung nicht (mehr) notwendig ist.

Die teilstationäre Behandlung ist für viele ein erster Schritt zur Rehabilitation, allerdings unter

¹⁰⁶ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 211f.

¹⁰⁷ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 200

¹⁰⁸ Vgl. Blasius 1994: S. 136-139

¹⁰⁹ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 205

der Voraussetzung stabiler Wohnverhältnisse.

Zur Rehabilitation im Bereich des Wohnens dienen (Übergangs-) Wohnheime, betreute Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen.¹¹⁰

Die Teilhabe am Arbeitsleben wird durch Ergotherapie, Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen unterstützt.

Angebote zur Unterstützung der Tagesstruktur und Freizeitgestaltung gibt es in Tagesstätten für chronisch psychisch kranke Menschen.¹¹¹

Sozialpsychiatrische Dienste bieten umfassende Beratung und Soziotherapie an, die dazu dient Klinikaufenthalte zu vermeiden, psychosoziale Defizite abzubauen und das Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern.¹¹²

Um dieses vielgestaltige Angebot der Gemeindepsychiatrie besser nutzbar zu machen, wurde die psychiatrische Versorgung zunächst regionalisiert: In einem definierten geographischen Bezirk mit 100 000 bis 150 000 Einwohnern wurden die vorhandenen psychiatrischen Institutionen aufeinander abgestimmt und in ihrer Größe bedarfsgerecht bemessen (Regionalisierung). Der folgende Schritt war die Sektorisierung, die ein einheitliches Versorgungssystem anstrebte, in dem Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote finden. Dort, wo der „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ umgesetzt wurde, wird die Zusammenarbeit der psychiatrischen Dienste auch durch einen kommunal eingesetzten Psychiatrie – Koordinator gewährleistet.¹¹³

Historisch gesehen war die Versorgung der „Irren“ bereits in der vorpsychiatrischen Zeit Sache der Gemeinden (vgl. Kapitel 3.1).

In der Folge übernahm der Staat nach und nach die Aufgabe. Die Rückbesinnung auf die Gemeinde begann in den 1950er Jahren mit einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, die den Schwerpunkt der Behandlung in die Gemeinde zurückverlagern wollte. Seit den Psychiatriereformen bedeutet gemeindenaher Psychiatrie geographische Nähe der Behandlungsangebote, zum Beispiel anstelle der entfernt gelegenen Anstalt eine

¹¹⁰ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 315f.

¹¹¹ Vgl. Klecha; Borchardt 2007: S. 87ff.

¹¹² Vgl. Klecha; Borchardt 2007: S. 69f.

¹¹³ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 317

innerstädtische Abteilung sowie teilstationäre und ambulante Einrichtungen.¹¹⁴

Nun stellt sich die Frage, ob mit dieser „Rekommunalisierung“ von psychischem Leid¹¹⁵ tatsächlich eine inklusivere soziale Stellung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen erreicht worden ist.

Bewertung der sozialpsychiatrischen Entwicklung

Günther Wienberg bezeichnet die Psychiatriereform als eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten gesellschaftlichen Reformprojekte in Deutschland. Gemessen an der Ausgangslage Ende der 1960er Jahre, die der Zwischenbericht der Psychiatrie - Enquete 1971 als „zum Teil menschenunwürdig“ bezeichnete, ist die Entwicklung seither in vielerlei Hinsicht weitreichend:

Die weitgehende Rückverlagerung der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen in die Gemeinden ging mit der Deinstitutionalisierung einher, also der Ablösung insbesondere chronisch psychisch kranker Menschen von der Klinik.

Wienberg hebt auch die von der Enquete – Kommission geforderte sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch kranken Menschen hervor, die er heute de jure verwirklicht sieht. Der sozialrechtliche und sozialpolitische Wertewandel kommt im § 1 des 2001 geschaffenen SGB IX beispielhaft zum Ausdruck. Dort wird als Ziel der sozialstaatlichen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ definiert, – ein Leitmotiv der Gemeindepsychiatrie.¹¹⁶

Wienberg gibt allerdings auch zu bedenken, dass die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung in weiten Bereichen nicht mehr als eine Uminstitutionalisierung ist.

Es hat eine große Migration stattgefunden: von der restriktivsten und teuersten Form der Langzeitunterbringung in der psychiatrischen Klinik hin zu weniger aufwändigen und restriktiven Formen der Betreuung in Heimen, Wohngruppen, in Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesstätten etc.

Auch ist der Maßregelvollzug massiv ausgeweitet worden. Gab es 1986 noch knapp 2700 Plätze im Maßregelvollzug, so stieg die Platzzahl auf 10 600 Ende 2005. Manche Psychiater

¹¹⁴ Vgl. Schott; Tölle 2005: S: 317

¹¹⁵ Vgl. Keupp 2001: S: 64

sprechen schon von der Forensik als „Psychiatrie der Zukunft“, da die Behandlungsbedingungen und Nachsorgevorbereitungen besser seien als in der Regelpsychiatrie.

Sehr hoch ist auch die Zahl von Menschen mit psychischen Störungen im Justizvollzug. Eine Studie in einer Bielefelder Justizvollzugsanstalt kommt zu Prävalenzraten psychischer Störungen von fast 82% bei Männern und 86% bei Frauen. Auch wenn substanzbezogene Störungen die größte Rolle spielen, sind auch psychotische Störungen (17%) und affektive Störungen (8%) sehr häufig.¹¹⁷

Wienberg schätzt, dass heute nicht weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zur Zeit der Enquete.

Zwar sind Dauerhospitalisationen seltener geworden und es leben heute mehr Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Gemeinde, was für viele eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität bedeutet. Auf der anderen Seite gibt es immer noch Tendenzen zur Ausgrenzung der „Schwierigen“ in gemeindeferne Institutionen am Rande oder außerhalb der psychiatrischen Versorgung, die nicht in der Lage sind, den besonderen Unterstützungsbedarf, der sich aus der psychischen Störung ergibt, angemessen abzudecken.

Die Leitziele der bisherigen Reform, wie Gemeindeintegration, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe, werden dadurch konterkariert.¹¹⁸

Heiner Keupp benennt als größten Fehler der Psychiatrie – Reform, dass sie sich fast ausschließlich für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen eingesetzt hat, nicht aber für eine Befreiung. Das te sozialpsychiatrische Netz ist für Keupp ein System der „fürsorglichen Belagerung“. Die fürsorgliche Form der Entmündigung wird von Psychiatrieerfahrenen als besonders raffinierte Form der Repression erlebt.

Gegenwärtig tritt die fürsorgliche Komponente zudem immer mehr in den Hintergrund und es bleibt die Belagerung jener Menschen, die in den herrschenden Normalitätshorizont nicht hineinpassen. So steht beispielsweise im bayrischen Unterbringungsgesetz der Schutz der „öffentlichen Sicherheit oder Ordnung“ vor störender Devianz im Vordergrund.¹¹⁹

¹¹⁶ Vgl. Wienberg 2008: S. 2f.

¹¹⁷ Vgl. Wienberg 2008: S. 3f.

¹¹⁸ Vgl. Wienberg 2008: S. 4

¹¹⁹ Vgl. Keupp 2001: S: 77-80

Wienberg resümiert, dass die Exklusion von psychisch kranken Menschen in den letzten Jahren kaum abgenommen hat.

Psychisch beeinträchtigte Menschen leben zu einem hohen Anteil in relativer Armut und sind sozial isoliert. Wenn nun „Gemeindepsychiatrie“ mehr meint als wohnortnahe Behandlung und Betreuung, wenn es um gesellschaftliche Teilhabe und gleiche Chancen, um Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft als Bürger geht, dann fällt die derzeitige Bilanz des gemeindepsychiatrischen Programms ernüchternd aus. Anstelle der gesellschaftlichen Teilhabe ist für viele Betroffene die Integration in eine Subkultur getreten.

Die Gemeindepsychiatrie hat sich unter der Hand in eine „Psychiatrie - Gemeinde“ verwandelt mit Wohn-, Arbeits-, und Freizeitangeboten, die für die Betroffenen nur noch ein Surrogat des „normalen“ Lebens darstellen.¹²⁰

Von einer Psychiatrieerfahrenen wird dies folgendermaßen wahrgenommen:

„Es gibt weder Notwendigkeit noch Anlass, vielleicht auch keine Gelegenheit mehr außerpsychiatrische Bezüge zu suchen. Betroffene, aber auch Mitarbeiter verlieren immer mehr den Kontakt und Bezug zu dem, was außerhalb dieses besonderen Rahmens geschieht. Die Mitarbeiter [...] werden zu dauerhaften Familien-, Partner-, oder Freundesersatz. Verhaltensweisen und Spielregeln werden nicht nur entwickelt, sondern auch für das außerpsychiatrische Leben empfohlen, die dort nicht gängig sind und mit Befremden betrachtet werden.“¹²¹

Die mangelhafte soziale Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen hat mehrere Ursachen:

- Die psychischen Störungen und damit einhergehenden Funktionseinschränkungen erweisen sich oft auch nach langwierigen Therapie-, Reha- und Fördermaßnahmen als resistent.
- Eine sprunghafte Zunahme untypischer, prekärer Beschäftigungsverhältnisse erschwert die Inklusion in Form von Teilhabe am Arbeitsleben.

¹²⁰ Vgl. Wienberg (2008): S. 5-6

¹²¹ Zit. nach Wienberg (2008): S. 6

- Nachhaltige und tiefgreifende Veränderungen gesellschaftlicher Lebensformen erschweren gerade für psychisch beeinträchtigten Menschen Inklusion.

Der Prozess der „Entbettung“ äußert sich in Individualisierung und Pluralisierung von sozialen Lebensformen und Deutungsmustern, verbunden mit der Auflösung überkommener Sicherheiten, Normen und Rollenbildern sowie massiv erhöhten Anforderungen an Flexibilität, Mobilität, multioptionaler Offenheit und Komplexitätstoleranz.

Dieser zutiefst ambivalente Prozess ermöglicht manchen Chancen auf (mehr) Inklusion, bringt aber auch vermehrte Risiken und Gefahren der Exklusion mit sich. Gerade psychisch verletzte oder beeinträchtigte Menschen haben es erheblich schwerer als andere, diesem Idealbild zu entsprechen, und scheitern daran.¹²²

¹²² Vgl. Wienberg (2008): S. 6f.

4. Heimbewohner zwischen Exklusion und Inklusion

Wie bereits in Kapitel 3.8 beschrieben, hat die Heimversorgung im Laufe der durch die Psychiatrie – Enquete angeregten Reformen mit der Betreuung der Langzeitpatienten und der neuen chronisch psychisch kranken Menschen eine wesentliche Funktion der psychiatrischen Anstalten fortgeführt. Die Heimversorgung hat dabei die Attribute übernommen, die bisher den psychiatrischen Anstalten anhafteten (die nun zu psychiatrischen Kliniken wurden), nämlich Asylisierung, Entmündigung und Ausgrenzung.¹²³ Damit scheint sie ein Instrument zu sein, durch das die jahrhundertelange Exklusion psychisch kranker Menschen in die Gegenwart fortgesetzt wird.

Das vierte Kapitel zeichnet zunächst die Entstehung der Heimbetreuung nach und benennt deren Schwächen, die zur Exklusion der betreuten Bewohner beitrugen.

Am Beispiel der sozialpsychiatrischen Einrichtungen des Masurenhofs wird daraufhin untersucht, welche Schritte erforderlich sind, um die herkömmliche Heimversorgung so umzustrukturieren, dass wesentliche Forderungen einer inklusionsfördernden Sozialpsychiatrie erfüllt werden.

4.1 Die Entstehung der Heimbetreuung

Die Umverlegung der Langzeitpatienten aus den Anstalten in Heime lief teilweise recht rabiab ab. Niels Pörksen berichtet von Erfahrungen, wonach einzelne Bundesländer, angestoßen durch den Zwischenbericht der Psychiatrie – Enquete, damit begannen, die Patienten in leer stehende Sanatorien, Rehabilitationskliniken oder neu erbaute Großanstalten abzuschicken. Betroffene berichteten davon, wie sie ohne Wissen und Mitwirkung in Busse verfrachtet wurden, ihre wenige persönliche Habe in Bündeln oder alten Koffern mitbrachten und so unvorbereitet in eine völlig fremde Gegend gelangten.¹²⁴

Die Psychiatrie – Enquete bewirkte, dass die Aufteilung in heilbare und unheilbare (modern: therapierbare und nicht therapierbare) Kranke faktisch wieder auflebte (vgl. die Trennung in Heilanstalten und Pflegeanstalten, die zeitweise im 19. Jahrhundert praktiziert wurde, in Kapitel 3.3).

In der Folgezeit der Enquete konzentrierte sich die Psychiatriepolitik auf die Verbesserung

¹²³ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 9

¹²⁴ Vgl. Pörksen 2001: S. 55

der Situation der akut Kranken und damit auf die Reformierung der psychiatrischen Kliniken. Ohne Absicht erfolgte damit jedoch die Trennung in gemeindeintegriert betreute Klienten und aus der Gemeinde Ausgeschlossene, die entweder weiter auf dem Klinikgelände oder in gemeindefernen Heimen versorgt wurden.¹²⁵

Der Masurenhof wurde 1969 vom Ehepaar Ruth Helfrich und Gustav Bokunewitz (1904-1975) gegründet.

Als Kriegsflüchtlinge aus dem Oderbruch und aus Ostpreußen strandeten sie in der Pfalz und bewirtschafteten dort zunächst einen gepachteten Bauernhof. Nachdem der Pachtvertrag ausgelaufen war, kauften sie einen leer stehenden Gutshof aus dem 19. Jahrhundert, der zentral in der kleinen pfälzischen Gemeinde Tiefenthal (Kreis Bad Dürkheim) liegt. Der Hof wurde zuerst landwirtschaftlich genutzt. Einige Räumlichkeiten wurden zeitweise an italienische Gastarbeiter vermietet.

1969 wurden die ersten Klienten aus der damaligen Pfalzlinik Landeck aufgenommen. 1972-1978 wurde der Hof aus- und umgebaut, so dass in den 1970er Jahren schließlich bis zu 90 Klienten betreut wurden, die in Einzel- Doppel- Drei- und Vierbettzimmern wohnten.

Man verstand sich im damaligen Masurenhof als „große Familie“. Das Wohnheim als zentraler Lebensort und das Leben innerhalb des Wohnheims so angenehm wie möglich für die Klienten zu gestalten, war das damalige Ziel der Einrichtung.¹²⁶

An Inklusion und Teilhabe dachte man in den 1970er Jahren nicht.

Zaghaftes Streben danach ging in dieser Zeit höchstens von den Klienten selbst aus. So gab es einige Heimbewohner, die sich etwas Geld verdienten, indem sie auf Bauernhöfen in der Gemeinde Tiefenthal mithalfen. Diese Klienten waren auch in einem gewissen Sinne in diese bäuerlichen Familien integriert, sie nahmen zum Beispiel an gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie teil (vgl. Familienpflege und agricole Colonien in Kapitel 3.4, Fragmente dieser Ideen realisieren sich scheinbar in passendem Setting auch ohne „professionellen Anstoß“).

4.2 Kritik an der Heimbetreuung

Für die Autoren des Buches: „Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie“ gilt für weite Bereiche der Heimbetreuung, was Goffman als Effekt der totalen Institution (vgl. Kapitel 4.5) beschrieben hat: Das Milieu der Institution erzeugt zwangsläufig die Normierung

¹²⁵ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 10

¹²⁶ Vgl. A. Helfrich 2010: S. 233f.

der Bewohner, die Tendenz zur Fremdbestimmung ist trotz Modernisierungen weiterhin wirksam.¹²⁷

Nach Heinrich Kunze prägt das „Anstaltsparadigma“ als institutionszentrierte Denkweise auch in anderen psychiatrischen Institutionen, wie zum Beispiel Wohnheimen die therapeutischen Konzepte und Strukturen der Einrichtungen.¹²⁸

Im Betreuungsablauf haben starre Routinen des Personals, die Behandlung der Klienten als einheitliche Gruppe und Verhinderung von Privatsphäre Einfluss auf hospitalisierende Bedingungen, die sich in verstärkter Passivität, Rückzug und Lebensuntüchtigkeit äußern.

Was die strukturellen Bedingungen betrifft, die zu Hospitalismus führen, ist nicht unbedingt die absolute Größe der Einrichtung von Bedeutung. Wichtig ist vielmehr die Größe der selbständig wirtschaftenden Einheiten. Je geringer die organisatorische Autonomie und je höher die Zahl der zu betreuenden Personen, umso größer ist die Gefahr einer hospitalisierenden Alltagsstruktur.¹²⁹

Kunze weist darauf hin, dass die Eingliederung in ein Wohnheim von der Einrichtung abhängig macht. Die Stabilisierung bei fortbestehenden Symptomen ist an das künstliche Lebensfeld des Wohnheims gebunden und nicht ins Lebensfeld außerhalb der Einrichtung übertragbar. Mit der Dauer des Aufenthalts steigt die Gefahr dauerhafter Exklusion: die Bezüge zum ursprünglichen Lebensfeld schwinden, das Wohnheim wird zum eigentlichen Lebensmittelpunkt, Angehörige und Nachbarn lernen nicht mit psychisch gestörten Personen zusammen zu leben und sich geeignete Unterstützung zu beschaffen.¹³⁰

Aufgrund der genannten Kritikpunkte geraten Wohnheime immer mehr in eine Legitimationskrise. Es scheint so, dass ihre Struktur eher Exklusion fördert, anstatt Eingliederung und Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen, was eigentlich ihr gesetzlicher Auftrag ist.

Ingmar Steinhart fordert „Sonderwelten,“ wie Wohnheime, zugunsten „selbstverständlicher Welten für alle“ aufzugeben, um Inklusion für behinderte Menschen zu verwirklichen. Es soll fortan nicht mehr „ambulant vor stationär“, sondern „ambulant statt stationär“ heißen.¹³¹

Klaus Dörner bezeichnet gar Heimträger als „Geiselnehmer“, da der Pflegesatz für

¹²⁷ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 33

¹²⁸ Vgl. Kunze 1998: S. 4

¹²⁹ Vgl. Aktion psychisch Kranke e. V. 2004: S. 12ff.

¹³⁰ Vgl. Kunze 1998: S. 4f.

¹³¹ Vgl. Steinhart 2010: S. 69

hospitalisierte Heimbewohner eine sichere Einnahmequelle sei, und fordert direkt die Auflösung der Wohnheime.¹³²

Andererseits ist zu bedenken, dass es auch unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen immer noch nicht wenige psychisch kranke Menschen gibt, die einer langfristigen intensiven Betreuung, teilweise auch unter stationären Bedingungen, bedürfen.

Psychisch kranke und behinderte Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind alleine zu leben bzw. deren Hilfebedarf so hoch ist, dass ihre Betreuung außerhalb einer Einrichtung von der Eingliederungshilfe aus Kostengründen nicht übernommen wird, sind weiterhin auf eine umfassende Betreuung im Heimkontext angewiesen.¹³³

Daher stellt sich die Frage, wie die Heimversorgung gestaltet werden kann, so dass sie trotz umfassender Betreuung ihrer Klienten exklusionsfördernde Faktoren minimiert und stattdessen Inklusion ermöglicht.

4.3 Inklusionsfördernde Ansätze für das sozialpsychiatrische Wohnheim

Im Folgenden werden zwei Konzepte aus der modernen Sozialpsychiatrie beschrieben, die zur Inklusion psychisch behinderten Menschen, die im Wohnheim leben, beitragen können.

4.3.1 Empowerment

Georg Theunissen nennt Empowerment neben Inklusion und Partizipation als prägendes Element der UN – Behindertenrechtskonvention.¹³⁴

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, was genau das Empowerment - Konzept zur Inklusion von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen beitragen kann.

Die Ursprünge des Konzepts liegen in der Antipsychiatriebewegung in den USA. Ziel war, das kritisierte Machtgefälle zwischen Betroffenen und Professionellen auszugleichen. Empowerment sollte den Betroffenen den Einfluss auf ihr eigenes Leben zurückgeben, der ihnen genommen wurde.

¹³² Vgl. Dörner 2001: Internetquelle

¹³³ Vgl. Schott; Tölle 2005: S. 318

¹³⁴ Vgl. Theunissen 2010: S. 47

Eine eindeutige Definition von Empowerment existiert nicht.¹³⁵

Es können jedoch drei Hauptkomponenten formuliert werden:

- „1. **Autonomie**: die Fähigkeit, als eine unabhängige Person zu funktionieren;
2. **Mut**: der Wille, Risiken einzugehen und einen Schritt zu wagen;
3. **Verantwortung**.“¹³⁶

Damit bedeutet Empowerment das Gegenteil von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, also Hospitalisierungsercheinungen, die zum Beispiel mit einer langen Verweildauer in einer „totalen Institution“ verbunden sind.

Im sozialpsychiatrischen Wohnheim muss es darum gehen, dass Hilfen geleistet werden, die dazu beitragen, dass der Klient schrittweise zu einem selbstbestimmten Leben befähigt wird.

Das Verhältnis zwischen Fürsorge und Ermöglichung von Selbstbestimmung muss so gestaltet werden, dass der Klient in die Lage versetzt wird, eine „Bürgermentalität“ anstelle einer „Untertanenmentalität“ zu entwickeln.

Dadurch wird es dem psychisch Behinderten erst ermöglicht, weitreichend aktiv an der Gesellschaft teilzuhaben und somit Inklusion statt Ausgrenzung zu erfahren.

Wem aus gut gemeinter Fürsorge alle Entscheidungen abgenommen werden, verlernt selbst zu entscheiden und selbstbestimmt zu handeln.

Der Klient muss daher in seinem Lebensfeld Entscheidungsmöglichkeiten haben. Die äußere Einschränkung der Freiheit kann sich nur auf akute Phasen der Erkrankung beschränken. Dies erfordert eine Betreuungskultur, die den psychisch kranken Menschen nicht versorgt, sondern ihn ungeachtet seiner Beeinträchtigung als Persönlichkeit achtet und sein eigenverantwortliches Handeln akzeptiert und fördert.¹³⁷

„Es geht nicht darum, was man wollen soll, sondern was man wollen will. Wie kann man herausfinden, was man eigentlich will? Man wird es erst wissen, wenn man gehandelt hat.“¹³⁸

Eine ungewollte Verfestigung der Unselbständigkeit kann sich beispielsweise durch die übliche hauswirtschaftliche Vollversorgung in Wohnheimen einschleichen.

¹³⁵ Vgl. Lauber; Rössler 2004: S. 147

¹³⁶ Vgl. Jacobson; Greenly 2001: S. 482-485

¹³⁷ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 19ff.

¹³⁸ Safranski 2004: S. 156

Es gibt eine Großküche, die täglich drei bis vier Mahlzeiten anbietet. Die Wäscherei übernimmt das Waschen der Kleidung und der Reinigungsdienst putzt die Wohngruppe. Die Entlastung von den Verrichtungen des täglichen Lebens führt dazu, dass die Klienten das Interesse an einer selbständigen Alltagsbewältigung verlieren. Desillusionierend ist, dass Trainingsmaßnahmen innerhalb eines herkömmlichen Wohnheims zum Wiedererlernen lebenspraktischer Fähigkeiten meistens nutzlos sind. Eine amerikanische Untersuchung belegt, dass Fähigkeiten, die in der Institution eher theoretisch trainiert werden, von den Klienten außerhalb der Einrichtung nicht angewandt werden können. Die Strukturqualität des Wohnheims müsste sich also im Sinne des Empowerment so ändern, dass jeder Klient die Ressourcen bereitgestellt bekommt, die notwendig sind, um sich eigenständig versorgen zu können. Dementsprechend müssten ihm zum Beispiel Kochmöglichkeiten und Waschmaschinen zur Verfügung gestellt werden.¹³⁹

Folgende ausgewählte Punkte skizzieren konkret grundlegende Verhaltensweisen von Professionellen gemäß einer Empowerment – Haltung:

- Kontakte zwischen Klienten und Professionellen sollen vor allem dazu dienen, die Fähigkeiten des Klienten wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern.
- Der Professionelle soll mehr dem Klienten zuhören und weniger selbst sprechen.
- Es sind Stärken des Klienten zu fokussieren, nicht seine Schwächen.
- Der Professionelle soll dem Klient die Bandbreite seiner Handlungsvarianten verdeutlichen. Nur wer sich seiner verschiedenen Möglichkeiten bewusst ist, hat eine echte Wahl. Anliegen und Vorstellungen der Klienten sind einzubeziehen.
- Frühsymptome eines Krankheitsschubs zur Sprache zu bringen, hilft den Klienten selbst Verantwortung zu übernehmen.
- Vorsorglich durchdachte und durchdiskutierte Szenarien für Krisensituationen helfen, das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zurückzugewinnen und zu stärken.
- Schließlich ist es wichtig, Klienten Anerkennung und Wertschätzung zu vermitteln. Es sollten vorrangig Wünsche, Befürchtungen, Bedürfnisse und Reflexionen über bereits Erreichtes thematisiert werden, anstelle von Diskussionen über Defizite.¹⁴⁰

¹³⁹ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 38

4.3.2 Personenzentrierter Ansatz

Als Folge der Psychiatrie – Enquete wurde nach und nach die längerfristige Versorgung psychisch behinderter Menschen auf der Grundlage der sogenannten therapeutischen Kette konstruiert. Der „Patient“ sollte auf der Akutstation aufgenommen werden und dann bei Bedarf über die Reha – Station, das Übergangwohnheim und die therapeutische Wohngemeinschaft in ein eigenständiges Leben wechseln. Die einzelnen Hilfebausteine sind möglichst homogene Standardpakete für Personen mit einem ähnlichen Hilfebedarf.

Damit einher ging die Vorstellung, dass der Klient anfangs einen sehr hohen, mit Fortschreiten in der Kette aber einen kontinuierlich geringer werdenden Hilfebedarf hat.

Zweifellos ist dieses System gegenüber dem alten Anstaltsparadigma ein Fortschritt. Allerdings hat es auch Nachteile, die der Inklusion im Wege stehen.

Der Wechsel von einem Standardpaket zum nächsten ist häufig mit Ortswechsel und Beziehungsabbrüchen verbunden. Es kommt vor, dass der Klient, um diese Belastungen zu vermeiden und bleiben zu können, den für das Standardpaket passenden Hilfebedarf entwickelt.¹⁴¹

Der Bericht der Expertenkommission (1988), mit dem die aus der Psychiatrie – Enquete entwickelten Projekte evaluiert wurden, verwarf das Konzept der therapeutische Kette mit dem Argument, es sei nicht brauchbar für die Gemeindeintegration schwer chronisch psychisch kranker Menschen. Zwar habe sich die Situation der psychisch Kranken im Allgemeinen seit der Enquete drastisch verbessert, chronisch psychisch kranke Menschen lebten jedoch in nahezu unveränderten Ausmaß ausgegrenzt von der Gesellschaft in Langzeitstationen oder Heimen. Nach den Vorstellungen der Kommission sollte die Versorgungseinheit nicht mehr das Standardversorgungsgebiet mit der Klinik als Zentrum sein, sondern eine natürlich gewachsene regionale Einheit, in der die Gemeindeintegration – unabhängig vom Hilfebedarf des Klienten – zum Ausgangspunkt der Versorgung wird. Der Klient soll nicht mehr zwischen den Gliedern der therapeutischen Kette hin- und hergeschoben werden, sondern in der Gemeinde die Hilfe erhalten, die er benötigt.

Die „Aktion psychisch Kranke“ (Lobby zur Wahrnehmung von Interessen psychisch kranker Menschen) entwickelte in Abgrenzung zur institutionszentrierten Praxis den personenzentrierten Ansatz.

¹⁴⁰ Vgl. Lauber; Rössler 2005: S. 151

¹⁴¹ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 15

Philosophisch geht der personenzentrierte Ansatz vom autonomen Subjekt aus, das auf Grund der Folgen seiner psychischen Erkrankung einen Hilfebedarf zur Führung eines eigenständigen Lebens hat. Im Gegensatz zur institutionszentrierten Logik führt das aber nicht dazu, dass sich die psychisch kranke Person den Regeln einer Einrichtung unterordnen muss. Vielmehr sollen sich alle Hilfeangebote nicht mehr in Form von Einrichtungen, sondern als „Angebote“ organisieren. Dadurch gewinnt der Klient Autonomie zurück, da er (mit den finanziellen Ressourcen der Eingliederungshilfe) seine Hilfe auf dem „psychiatrischen Markt“ auswählen kann. Im Modell des „Persönlichen Budgets“ bekommt der Klient in der Tat eine definierte Geldmenge ausbezahlt und hat sich davon die zur Kompensation seiner Behinderung notwendigen Hilfen selbst einzukaufen.

Diese Sichtweise des personenzentrierten Ansatzes wird allerdings vielfach kritisiert, da sie den psychisch kranken Menschen in die Rolle des Kunden versetzt und eine Wahlfreiheit suggeriert, die, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt zu realisieren ist. Auch seien psychisch kranke Menschen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf mit diesem System überfordert und nicht in der Lage, die Teilhabechancen, die sich daraus ergeben könnten, wahrzunehmen.¹⁴²

Auch wenn der personenzentrierte Ansatz in der bisher beschriebenen Form kritikwürdig sein mag, erscheint er als Leitidee für die Betreuung psychisch kranker Menschen dennoch sinnvoll, um die Strukturen der totalen Institution, die sich im sozialpsychiatrischen Wohnheim eingeschlichen haben, konsequent abzubauen. Es wäre sinnvoll, wenn keine Anpassung mehr an die Wohngruppe und das therapeutische Konzept der Einrichtung verlangt wird (institutionszentrierter Ansatz), sondern die Einrichtung mit dem Klienten ganz individuell die Art und Ziele der Betreuung aushandelt.

4.4 Die Dezentralisierung und Regionalisierung des Masurenhofs

Achim Helfrich, der an der FH Koblenz Sozialpädagogik studiert hatte, stieg Anfang der 1980er Jahre erst als einfacher Mitarbeiter, schließlich als Co – Träger in den Wohnheimbetrieb ein.

Nun wurde damit begonnen, die Einrichtung nach und nach so umzustrukturieren, dass sie den Erfordernissen der neueren sozialpsychiatrischen Entwicklungen, wie etwa der „therapeutischen Kette“, entsprach.

So entstand eine Trainingswohngruppe, in der gezielt Ressourcen für ein selbständiges Leben

gefördert wurden. Ein Wohnbereich für Senioren wurde ebenso eingerichtet wie eine Gruppe für langjährige Bewohner, die inzwischen auch pflegerische Hilfen benötigten.

Durch Erweiterungsbauten konnte die Wohnqualität insofern verbessert werden, dass es nur noch Einzel- und Doppelzimmer gab.

Im Jahr 1989 wurden erstmals abseits des Hauptgebäudes Außenwohngruppen geschaffen. In dem neu erbauten Haus wurden Wohnungen mit Kapazitäten von einer bis maximal fünf Personen eingerichtet, die in ihrer Ausstattung „normalen“ Wohnungen entsprechen und sich damit bereits vom herkömmlichen „Institutionssetting“ absetzen. Eine weitere Außenwohngruppe entstand 1995 in Eisenberg im benachbarten Donnersbergkreis in einem normalen Wohnhaus.

1991 wurde zur Umsetzung des ambulanten betreuten Wohnens der Verein „Psychosoziale Projekte Leiningerland“ (PSP e. V.) gegründet. Unter der Trägerschaft des PSP entstanden Wohngemeinschaften in Grünstadt (1992) und Freinsheim (2003). Außerdem wird von den Mitarbeitern des PSP seit 1994 auch Einzelbetreutes Wohnen angeboten.

Im Jahr 2000 kam es zu einer weiteren tiefgreifenden Dezentralisierung. Im Haupthaus Tiefenthal wurden Plätze zugunsten eines neu geschaffenen Wohnheims in Bad Dürkheim abgebaut. Das Wohnheim Bad Dürkheim mit 23 Plätzen ist auf drei Häuser mit insgesamt sechs Wohneinheiten aufgeteilt. Da die Häuser nah an der Innenstadt gelegen sind, lässt sich die kulturelle und wirtschaftliche Infrastruktur in Bad Dürkheim besonders einfach nutzen, wodurch die Wahrnehmung von Teilhabemöglichkeiten einfacher zu verwirklichen ist.

2005 wurde das Angebot des Masurenhofs durch den „Ambulanten Dienst“ erweitert. In der Folge entstanden in Nachbarschaft des Haupthauses in Tiefenthal mehrere Apartments, in denen inzwischen sowohl Klienten wohnen, die ambulant betreut werden, als auch sonstige Mieter, die gar keine Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Auch außerhalb Tiefenthals betreut der ambulante Dienst des Masurenhofs inzwischen eine größere Anzahl psychisch kranker Menschen, die vorher überwiegend in Einrichtungen gewohnt haben.¹⁴³

Mit diesen Entwicklungsschritten ist es gelungen, für viele Klienten inklusivere Lebensmöglichkeiten zu schaffen und die Merkmale einer „totalen Institution“, die anfangs noch vorhanden waren, wesentlich abzuschwächen. Gemäß der therapeutischen Kette gelang es vielen Klienten trotz psychischer Behinderung von einer engmaschig betreuten

¹⁴² Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 15ff.

¹⁴³ Vgl. A. Helfrich 2010: S. 234f.

Wohngruppe in eine (Trainings-) bzw. Außenwohngruppe bis zur ambulant betreuten oder auch selbständigen Lebensführung zu gelangen.

Wermutstropfen bleiben die in Kapitel 4.3.2 beschriebenen Defizite der therapeutischen Kette und die Tatsache, dass gerade für Klienten mit hohem Unterstützungsbedarf, die weiterhin in der Kerneinrichtung wohnen, aufgrund der baulichen Struktur (viele Doppelzimmer) und der vorherrschenden zentralen hauswirtschaftlichen Versorgung wenig Möglichkeiten bestehen, effektiv Selbständigkeit zu erproben bzw. die Mitarbeiter in ihrem Bestreben, individuell und personenzentriert auf die Klienten einzugehen, eingeschränkt sind.

4.4.1 Das neue Wohnheim in Lamsheim

Um diesen Nachteilen abzuweichen, wurde in den letzten Jahren intensiv an der Planung einer weiteren Dezentralisierung und Strukturverbesserung gearbeitet. Ziel war einen Teil der Wohnheimplätze in der Kerneinrichtung zu Gunsten dezentraler Angebote abzubauen und neue Wohn- und Betreuungsformen einzuführen, die zur Auflösung der Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen beitragen können, um damit den institutionellen Charakter traditioneller Wohnheime endgültig zu überwinden.

2006 konnte die Planung dahingehend konkretisiert werden, dass der Masurenhof 25 Heimplätze aus Tiefenthal in den Rhein – Pfalz – Kreis verlagern wird und dort ein neues Wohnheim errichtet. Dieser Standort schien besonders geeignet, da in der Versorgungsregion Rhein – Pfalz – Kreis, Speyer, Frankenthal bis dato ein solches Angebot noch nicht vorhanden war und deswegen viele Klienten, die ursprünglich aus dieser Region stammten, in Tiefenthal betreut werden.

Mit einer derartigen Regionalisierung kam man dem inklusionsfördernden Faktor entgegen, psychisch behinderte Menschen möglichst in der Nähe ihrer heimatlichen Bezüge Betreuungsmöglichkeiten anzubieten.

Mit Unterstützung der kommunalen Verantwortlichen in Lamsheim konnten geeignete Bauplätze gefunden werden, so dass schließlich 2009 der Baubeginn in dieser Gemeinde erfolgen konnte und im Frühjahr 2011 mit dem Umzug begonnen werden kann.¹⁴⁴

Mit der der Planung des Wohnheims Lamsheim wurden die konzeptionellen Leitlinien der Einrichtung von Roland Schmitt, Mitglied der Geschäftsführung, ergänzt und teilweise neu formuliert.

¹⁴⁴ Vgl. Schmitt 2010: S. 3ff.

Demnach ist das Ziel der Einrichtung die Ermöglichung von Selbstbestimmung und Verwirklichung der Teilhabe von Menschen mit psychischer Behinderung am gesellschaftlichen Leben.

Handlungsansätze sind neben der Stärkung der Krankheitsbewältigung:

- **Empowerment** (vgl. Kapitel 4.3.1)
- **Individualisierung**, womit die Stärkung der Entscheidungszuständigkeit des Individuums für die eigene Lebensführung ohne Anpassungsdruck durch Standards und Zwänge von Gruppen und Institutionen gemeint ist. Die Pluralisierung und Optionsvielfalt von Lebensformen soll berücksichtigt werden.
- **Personenzentrierte Hilfen**, womit Unterstützungsleistungen gemäß den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen, Fähigkeiten, Interessen und Neigungen gemeint sind. Assistenzleistungen für die Klienten sollen partnerschaftlich abgestimmt und unabhängig vom Ort der Unterstützungsleistung definiert werden.¹⁴⁵

Schmitt berücksichtigt bei der Konzeption der Einrichtung den Perspektivenwechsel in der Behindertenpolitik, der sich mit der Einführung des Inklusionsbegriffes vollzieht:

Menschen mit psychischer Behinderung werden zu Subjekten der Teilhabe und emanzipieren sich von ihrer Rolle als Objekte einer überholten „Fürsorge – Pädagogik“ und einer noch häufig durch isolierte Sondersysteme geprägten Behindertenhilfe.

Es gilt ein neuer Behinderungsbegriff, wonach Behinderung nicht einseitig als Defizit eines Individuums zu verstehen ist, sondern als Folge von behindernden Umweltgegebenheiten, welche die soziale Teilhabe erschweren.

Durch eine inklusive Sozialraumgestaltung sollen Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen von Anfang an einbezogen sein und wie andere auch mitten in der Gemeinde und außerhalb herkömmlicher institutioneller Gefüge leben.¹⁴⁶

In Bezug auf das Wohnheim Lamsheim lässt sich von einer Deinstitutionalisierung sprechen, da Assistenzleistungen nach Modalitäten angeboten werden, die auch im ambulanten Bereich üblich sind.

¹⁴⁵ Vgl. Schmitt 2010: S. 9

¹⁴⁶ Vgl. Schmitt 2010: S. 10f.

Die Synthese aus ambulanten und stationären Elementen basiert auf folgenden Annahmen:

Für Menschen mit psychischer Behinderung sind Selbstbestimmung, Privatsphäre und Autonomie in der Regel leichter zu verwirklichen, wenn sie in einer eigenen Wohnung leben und sich bei der im Alltag benötigten Assistenz auf ambulante Betreuungsleistungen stützen können.

Die bei hohem Unterstützungsbedarf erforderlichen Betreuungsleistungen lassen sich allerdings eher in einem Wohnheim organisieren. Stationäre Einrichtungen bieten auch den Vorteil, dass professionelle Ansprechpartner ständig verfügbar sind und die Bewohner soziale Kontaktmöglichkeiten und Aktivitätsangebote vorfinden, an denen sie sich bei Bedarf beteiligen können. Im Wohnheimsetting ist das Risiko sozialer Isolation daher häufig geringer als bei allein lebenden Menschen mit psychischer Behinderung. Andererseits steht dem erwähnten „Anstaltscharakter“ von traditionellen Wohnheimen einer freien Entfaltung der Persönlichkeit und dem Bedürfnis nach Autonomie oftmals entgegen.

Das Wohnheim in Lamsheim wurde nun so konzipiert, dass der Schutz der Privatsphäre und eine selbstbestimmte Lebensführung auch im Wohnheimkontext gewährleistet werden können: Es wurde in Einzelapartments aufgeteilt, wobei jedes Apartments mit eigenen Toiletten und Bädern ausgestattet ist sowie bei Bedarf eine Küche und Waschmaschine eingebaut werden können. Dadurch wird selbständiges Wirtschaften in einem privaten Wohnbereich möglich, ohne Verpflichtung, sich institutionellen Strukturen anzupassen oder Gruppenzwängen aussetzen zu müssen.

Alternativ bestehen wahlweise unterschiedliche Möglichkeiten, sich innerhalb des Wohnhauses am sozialen Zusammenleben oder an organisierten Aktivitäten zu beteiligen und sich Gruppen anzuschließen, die zum Beispiel in Gemeinschaftsräumen (Küchen, Wohn- und Esszimmer) kochen und essen oder andere Tätigkeiten gemeinsam durchführen.

Die Assistenzleistungen der Einrichtung können je nach Wunsch in der Gruppe oder für Einzelpersonen erbracht werden, inner- oder außerhalb der privaten Räumlichkeiten der Klienten.

Das Prinzip der personenzentrierten Hilfen gilt auch insoweit, dass das Wohnheim in Lamsheim über keine „Binnendifferenzierung“ verfügt. Die Unterstützungsleistungen werden daher nicht an speziell konzipierte Wohnformen gekoppelt, wie dies zum Beispiel bei „Trainingswohngruppen“ der Fall ist. Bewohner müssen folglich nicht in eine andere Wohnung umziehen, um bestimmte Leistungen zu erhalten.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Vgl. Schmitt 2010: S. 11f.

Es besteht auch die Möglichkeit die Bewohner der Apartments ambulant in ihrer Wohnung zu betreuen, sofern ihr Unterstützungsbedarf und die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen dies zulassen.¹⁴⁸

Damit wäre das kritisierte Prinzip der „therapeutischen Kette“ weitgehend außer Kraft gesetzt.

4.4.2 Umbau des Wohnheims in Tiefenthal

Durch den Abbau der 25 Wohnheimplätze kann auch das Haupthaus in Tiefenthal seine Strukturqualität deutlich verbessern.

Die geplanten baulichen Veränderungen bestehen insbesondere in der Umwandlung von Doppelzimmern zu Einzelzimmern und dem Umbau von frei werdenden Räumen zu Wohnküchen und Bädern. Die bisherige Aufteilung in zwei Wohngruppen wird aufgegeben und ein Bezugsbetreuersystem eingeführt, wie es bereits im Wohnheim in Bad Dürkheim praktiziert und auch in Lamsheim vorgesehen ist.

Durch die Umbaumaßnahmen entstehen in den nächsten Jahren mehrere unterschiedlich große Wohnungen, vom Einzelapartment bis zur Vier - Personen – Wohnung.¹⁴⁹

Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass kleinere, gesellschaftlich üblichere Einheiten nicht erst nach der Stabilisierung des psychischen Zustandes in Frage kommen, sondern gerade bei schwer psychisch behinderten Menschen der Stabilisierung sehr förderlich sind.¹⁵⁰

Ob die Wohngemeinschaft eine angemessene Wohnform für psychisch behinderte Menschen darstellt, wird in der Sozialpsychiatrie kontrovers diskutiert.

Konrad, Schock und Jaeger gestehen zwar ein, dass die Wohngemeinschaft auf den ersten Blick der Forderung nach normalen Lebensbedingungen widerspricht, da sie hauptsächlich als vorübergehende Wohnform von Studenten oder auch anderen jungen Menschen, die wenig finanzielle Ressourcen haben, verbreitet ist und ansonsten eher unüblich. Andererseits bietet eine Wohngemeinschaft chronisch psychisch kranken Menschen, deren Fähigkeiten zur Aufnahme sozialer Beziehungen oft stark eingeschränkt sind, einen sozialen Raum, der Isolation entgegenwirkt. Sofern die Wohngemeinschaft nicht zu groß ist und in ein normales Wohngebiet eingebettet ist, scheint sie vor

¹⁴⁸ Vgl. Helfrich 2010: S. 236

¹⁴⁹ Vgl. Schmitt 2010: S. 26f.

hospitalisierenden Einflüssen weitgehend geschützt.

Ein flexibles Angebot an Wohnformen muss im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes auch Wohnraum für Zweiergruppen, Paare und Einzelpersonen enthalten, was in den Einrichtungen des Masurenhofes der Fall ist.

Es wird häufig unterstellt, dass Menschen mit großem Hilfebedarf in Wohngemeinschaften optimal betreut werden können, während Klienten mit geringem Hilfebedarf am besten für das Einzelwohnen geeignet seien. Mit dieser Vorstellung verbunden wird unausgesprochen eine hohe Präsenz in Wohngemeinschaften gegenüber einer geringen Präsenz beim Einzelwohnen unterstellt.

Wer allerdings den Anspruch hat, personenzentriert zu betreuen, muss diese Kopplung durchbrechen und die individuellen Wünsche und Eigenheiten der Klienten in den Vordergrund rücken.¹⁵¹

Schulze Steinmann weist darauf hin, dass gerade die sogenannten „new chronics“, also die jungen psychisch Behinderten – deren Anzahl im Masurenhof immer größer wird – in der Regel die Wohngemeinschaft als Wohnform bevorzugen. Demnach wird das Wohnen in Einzelapartments von dieser Gruppe als langweilig und isolierend empfunden. Junge Klienten suchen sich die Peergroup im Heim und streben häufig von sich aus nach Kontakt in der Gruppe und zu Mitarbeitern.¹⁵²

4.5 Fazit

Konrad, Schock und Jaeger sprechen von einem unauflösbaren Widerspruch zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung in der komplementären Versorgung.

Demnach besteht die Gefahr, dass die professionellen Helfer der Sozialpsychiatrie ihre Klienten durch die „fürsorgliche Belagerung“ in der Ausübung ihrer Selbstbestimmung einschränken.¹⁵³

Darauf lässt sich vielleicht am besten mit dem Argument von Andreas Lob – Hüdepohl erwidern, wonach sich die Notwendigkeit oder der Grad an gewöhnlicher oder außergewöhnlicher Unterstützung von Menschen mit Behinderung ausschließlich daran messen lassen muss, wie sie der realen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen dienlich ist oder

¹⁵⁰ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 37

¹⁵¹ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 102f.

¹⁵² Vgl. Schulze Steinmann 2003: S. 95

¹⁵³ Vgl. Konrad; Schock; Jaeger 2006: S. 19

nicht.¹⁵⁴ (vgl. Kapitel 2.5).

So versteht sich der Masurenhof als Einrichtung der Eingliederungshilfe, die falls nötig auch mit umfangreicheren Unterstützungsleistungen (abhängig vom personenzentrierten Hilfebedarf) behinderten Menschen Teilhabe ermöglicht oder erleichtert.

Das Ziel jeder Wohnheimaufnahme ist die Stabilisierung und Verselbständigung der Klienten und daraus folgend auch der Auszug aus der Einrichtung in ein möglichst weitgehend selbständiges Leben, freilich ohne ängstigenden Entlassungsdruck aufzubauen, wie dies bei Übergangswohnheimen der Fall ist.

Soweit das Wohnheim diesem Anspruch gerecht wird, ist es endgültig keine totale Institution mehr, welche die Exklusion der ihr anvertrauten Menschen mit zu verantworten hat, sondern ein Instrument, das die Inklusion jener Menschen fördert, die besonders von Ausgrenzung bedroht sind.

¹⁵⁴ Vgl. Lob – Hüdepohl 2010: S. 16

5. Inklusion durch bürgerschaftliches Engagement?

In Kapitel 4.10.1 wurde festgestellt, dass die Psychiatriereformen nach der Psychiatrie - Enquete zwar in vielen Fällen zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität von psychisch kranken Menschen geführt haben. Inklusion als Teilhabe etwa an Kultur, Bildung und Arbeit findet allerdings kaum statt, häufig werden psychisch beeinträchtigte Menschen stattdessen in eine „sozialpsychiatrische Subkultur“ integriert, die kaum mit dem außerpsychiatrischen Leben verknüpft ist.¹⁵⁵

Nach Birgit Görres und Christian Zechert weist das Konzept Inklusion, wie es in der UN – Behindertenrechtskonvention formuliert wird, weit über die konventionellen sozialpsychiatrischen Ansätze hinaus. Die Aufmerksamkeit geht weg von den speziellen Hilfsangeboten im „sozialpsychiatrischen Ghetto“ hin zur „gewöhnlichen“ Teilhabe am sozialen Leben aller Menschen. Dabei spielt neben Ansätzen, welche die Selbstbestimmung psychisch beeinträchtigter Menschen fördern (wie zum Beispiel Empowerment), auch die Förderung von bürgerschaftlichen Engagement eine wachsende Rolle.¹⁵⁶

Günther Wienberg stellt fest, dass die Professionalisierung und Institutionalisierung des sozialen Bereichs seit den Bismarck'schen Sozialgesetzen für alle Beteiligten – Hilfebedürftige, Bürger und die Gesellschaft insgesamt – eine Erfolgsgeschichte gewesen ist. Seit den 1980er Jahren erodiert die ökonomische Basis dieser Lösung jedoch zunehmend, zugleich wird darüber geklagt, dass die ökonomischen „Lasten“ durch die Zunahme chronisch kranker und dementer Menschen steigen.

Deshalb mehren sich die Stimmen, die das bisherige Prinzip infrage stellen und die „Resozialisierung sozialer Unterstützung“ als einzigen Ausweg aus der Ökonomisierungsfalle sehen: Bürger geben weniger Geld, dafür wieder mehr Freizeit, von der, nach Wienbergs Meinung, viele ohnehin zu viel haben.

Die Chance besteht darin, mit dem Ausweg aus der Ökonomisierungsfalle zugleich mehr Teilhabe und Inklusion zu verwirklichen.

Ein Gutteil der Verantwortung für Teilhabe und Inklusion soll an die Bürgergesellschaft zurückgegeben werden, indem alle zukünftigen Formen des Helfens einen Bürger – Profi –

¹⁵⁵ Vgl. Wienberg 2008: S. 5f.

¹⁵⁶ Vgl. Görres; Zechert 2010: S. 89

Mix darstellen sollen.¹⁵⁷

Holger Wittig – Koppe findet die Verknüpfung von Inklusion und Bürgergesellschaft zwar notwendig und hilfreich, aber auch gefährlich. Für ihn ist der Verweis auf Bürgerverantwortung möglicherweise nur der Versuch, die organisierte Unverantwortlichkeit der politischen Systeme zu kaschieren.

Spätestens seit 1999, als der Deutsche Bundestag die Enquete – Kommission „Zukunft des bürgerlichen Engagements“ eingesetzt hat, sind die Themen Bürgergesellschaft und bürgerliches Engagement in der Mitte des politischen Systems angekommen. Engagementspolitik wird als „Investition in bürgerliches Engagement“ verstanden. Ziel einer Engagementspolitik ist die Erhöhung des „Engagementpotenzials“, so die mittlerweile gängige Terminologie.

Wittig – Koppe sieht in den politischen Absichtserklärungen ein unrealistisches Bild des bürgerschaftlichen Engagements: Als gäbe es ein Heer von Engagementwilligen, die zielorientiert und effektiv an die Lücken sozialstaatlicher Verantwortung herangeführt werden, da diese aus finanziellen Erwägungen nicht mehr professionell bearbeitet werden. Es scheint so, dass es im politischen Diskurs zum bürgerschaftlichen Engagement zunehmend um die Ausnutzung des Humankapitals geht.¹⁵⁸

Das Ehrenamt wird staatlich verordnet, zum Beispiel müssen nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe für das Land Rheinland – Pfalz §8 Absatz 2 Träger einer (Behinderten-)Einrichtung ein Konzept erstellen, in dem die Einbeziehung bürgerschaftlich Engagierter festgelegt wird.¹⁵⁹

Dagegen wendet Wittig – Koppe ein, dass bürgerschaftliches Engagement davon lebt, frei gewählt und selbstbestimmt zu sein. Des Weiteren gibt es keine Gewissheit darüber, dass künftig Menschen überhaupt bereit sind, sich vermehrt in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen zu engagieren. Wittig – Koppe prognostiziert einen erhöhten Konkurrenzkampf zwischen sozialen Einrichtungen untereinander, aber auch mit Sportvereinen, Kulturinitiativen und Naturschutzorganisationen um die „letzten freilaufenden Freiwilligen.“¹⁶⁰

¹⁵⁷ Vgl. Wienberg 2008: S. 9f.

¹⁵⁸ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 56 – 59

¹⁵⁹ Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland – Pfalz 2009: S. 402

¹⁶⁰ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 59f.

Wittig – Koppe kritisiert zwar die „sozialstaatliche Kolonialisierung“, unterstützt aber das bürgerschaftliche Engagement, wenn die Initiative von den Freiwilligen und den Betroffenen ausgeht.¹⁶¹

Sandra Landhäußer übt dagegen grundsätzliche Kritik an der Idee einer Inklusion in den lokalen Sozialraum als teilweisen Ersatz für die kollektive Absicherung nach dem Prinzip des Wohlfahrtsstaats, die mehr und mehr zurückgenommen wird.

Landhäußer staunt über die Einigkeit der politischen Verantwortlichen bezüglich der positiven Effekte, die eine zunehmende Verlagerung von Unterstützung in den nahräumlichen Kontext angeblich bewirken. Dabei wird die Frage nach den Konsequenzen für die betroffenen Menschen häufig vernachlässigt oder als durchweg positiv unterstellt. Sie geht deswegen der Frage nach, wie die sozialen Netzwerke von Akteuren gestaltet sind, um hieraus Aussagen über die Qualität nahräumlicher Unterstützung ableiten zu können.¹⁶²

Im Zuge der Forderung nach Deinstitutionalisierung und Deprofessionalisierung wird der Aufgabenbereich professioneller Fachkräfte kleiner, weil verstärkt Familie, Freunde und Nachbarn Hilfe leisten sollen. Oder ihr Tätigkeitsspektrum verändert sich dahingehend, dass die Aktivierung lokaler Selbsthilfekräfte im Vordergrund steht. Dadurch werden informelle Netzwerke aktiviert. Die Solidarität zwischen den Bürgern soll gestärkt werden.

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich bevorzugt Menschen mit ähnlicher Bildung, ähnlichem Alter, ähnlicher ethnischer Zugehörigkeit etc. zusammenschließen. So gruppieren sich zum Beispiel in freundschaftlichen Beziehungen oder in Vereinen eher ähnliche Menschen zusammen. Weiterhin wurde nachgewiesen, dass Menschen mit höherer sozialer Lage mehr Kontakt zu ressourcenstarken und statushohen Personen besitzen. Menschen, die ein unterdurchschnittliches Maß an täglicher Unterstützung durch ihr Netzwerk aufweisen, sind einer vergleichsweise niedrigen sozialen Lage zuzuordnen. Vermehrter Kontakt besteht häufig nur zu anderen marginalisierten Menschen. Darüber hinaus funktionieren Netzwerke nach dem Prinzip des wechselseitigen Gebens und Nehmens. Eine Ausnahme besteht für Kinder, ältere Menschen und Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (nicht seelischer!), wenn Hilfebedürftigkeit vorausgesetzt werden kann. Für diese Gruppen gilt die Norm der „Wohltätigkeit“, das heißt hier sind Menschen

¹⁶¹ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 61f.

¹⁶² Vgl. Landhäußer 2010: S. 121f.

unter Umständen bereit zu geben, ohne eine Gegenleistung zu erwarten.

Allerdings war es gerade ein Verdienst des Wohlfahrtsstaates, Lebensrisiken nicht mehr als individuell, sondern als kollektiv verantwortet zu betrachten. Damit war Unterstützung nicht mehr von der Bereitschaft einzelner Gesellschaftsmitglieder abhängig. Bei der Unterstützung durch informelle Netzwerke im lokalen Sozialraum sind hilfebedürftige Menschen jedoch genau dieser individuellen Bereitwilligkeit ausgesetzt.¹⁶³

Vor diesem Hintergrund offenbaren sich für sozial benachteiligte Menschen, zu denen psychisch beeinträchtigte Menschen sehr häufig gehören, in verschiedenerlei Hinsicht Benachteiligungen. Die sozial ungleich verteilten Ressourcen in informellen Netzwerken legen ungleiche Grundlagen zur Bewältigung von Problemen nahe. Darüber hinaus tendieren ressourcenstärkere Bürger eher dazu, sich in Gruppen mit Gleichgesinnten zusammenzutun. Ressourcenärmere Bürger beteiligen sich hingegen insgesamt weniger in zivilgesellschaftlichen Zusammenschlüssen. Sie sind damit aus Gruppen, in denen wichtige Entscheidungen für das Stadtleben getroffen werden, eher ausgeschlossen. Deswegen spricht einiges dafür, dass eine Stärkung der Inklusion im lokalen Sozialraum dominanten Personen zusätzlich in die Hände spielt. Ihre Interessen können jedoch deutlich von denen anderer Gruppen abweichen. Es besteht so die Gefahr der „Tyrannei“ von engagierten, sozial selektiv zusammengesetzten Gruppen.

Daher ist es wichtig, die soziale Einbindung aller Gesellschaftsmitglieder zu unterstützen, das heißt ein Klima zu schaffen, in dem Kontakte entstehen und gepflegt werden können. Wird jedoch der Einsatz professioneller Helfer zurückgefahren bzw. wird ihre Aufgabe darauf beschränkt, rein informelle Unterstützungsnetzwerke zu aktivieren, so besteht die Gefahr, dass unterstützungsbedürftige Menschen einem erheblichen sozialen Anpassungsdruck ausgesetzt werden. Gerade wenn kein staatlich garantiertes Recht auf Unterstützung ableitbar ist, kann das informelle Netzwerk bei Unangepasstheit seine Hilfe entziehen.¹⁶⁴

¹⁶³ Vgl. Landhäußer 2010: S. 122-125

¹⁶⁴ Vgl. Landhäußer 2010: S. 126f.

6. Schlussteil: Inklusion oder zunehmende Exklusion?

Zum Abschluss werden drei öffentliche Debatten des Jahres 2010 kurz skizziert und auf die Frage hin betrachtet, ob die deutsche Gesellschaft generell bereit dazu scheint, Menschen in ihrem Anderssein gleichberechtigt in ihrer Mitte zu akzeptieren und zu unterstützen.

- Holger Wittig – Koppe zeigt sich im Vorwort zu „Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung“ skeptisch, ob Inklusion vom politischen System wirklich gewollt wird. Dies macht er unter anderem an einem Ausspruch des Bundesaußenministers Westerwelle in Bezug auf ALG II – Empfänger fest:¹⁶⁵

„Wer dem Volk anstrengungslosen Wohlstand verspricht, lädt zu spätrömischer Dekadenz ein.“¹⁶⁶

Er diffamiere damit viele Millionen Menschen, die unser Wirtschaftssystem ausgegrenzt hat.¹⁶⁷

Betrachtet man die anschließende Debatte in den Medien und die sinkenden Zustimmungswerte Westerwelles in der Bevölkerung in Folge dieser Äußerung, lässt sich immerhin feststellen, dass die Worte des Außenministers zum allergrößten Teil auf scharfe Ablehnung gestoßen sind. So spricht zum Beispiel Thorsten Dörting im „Spiegel“ von einer historisch unhaltbaren, perfiden, aus rein politischem Kalkül betriebenen Beleidigung des schwächsten Teils der deutschen Bevölkerung.¹⁶⁸

- Bundespräsident Wulff betonte in seiner Rede zum Tag der deutschen Einheit, dass der Islam zu Deutschland gehöre. Dies stößt auf heftige Kritik, besonders von Seiten der katholischen Kirche und konservativen Politikern.¹⁶⁹

Die CDU distanziert sich von Wulff im Programm „Verantwortung Zukunft“.

Unter der Überschrift „Deutsches Interesse statt Multi – Kulti“ heißt es:

„Die christlich – jüdische Tradition, die Philosophie der Antike, die Aufklärung und unsere historischen Erfahrungen sind die Grundlage für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft und bilden die Leitkultur in Deutschland.“¹⁷⁰

¹⁶⁵ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 7

¹⁶⁶ Westerwelle, zit. nach Dörting 2010: Internetquelle

¹⁶⁷ Vgl. Wittig – Koppe 2010: S. 7

¹⁶⁸ Vgl. Dörting 2010: Internetquelle

¹⁶⁹ Vgl. Bahners 2010: Internetquelle

¹⁷⁰ CDU – Bundesvorstand 2010: S. 9f.

Die FDP widerspricht in einem Thesenpapier ihrem Koalitionspartner: Die Formel vom christlich – jüdischen Abendland könne kein integratives Leitbild sein und als Ausgrenzungsformel missverstanden werden.¹⁷¹

Christian Schlüter wirft in der Frankfurter Rundschau der CDU vor, das Programm sei ohne tiefere Bedeutung:

„Philosophie der Antike: Ist damit Platons totalitäre Staatskonzeption gemeint?

Christlich-jüdische Tradition: Ist damit das Prinzip „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ gemeint? Die Aufklärung und historischen Erfahrungen: Sind damit Guillotine und Genozid gemeint?“¹⁷²

Er stellt fest, dass Leitkultur eine Kategorie der Abgrenzung bleibe.¹⁷³

- Am 30.08.2010 erschien das Buch: „Deutschland schafft sich ab“ von Thilo Sarrazin, das bisher 1,2 Millionen mal verkauft wurde (Stand 27.12.2010).¹⁷⁴

Das Werk handelt von den Folgen, die sich nach Sarrazins Ansicht für Deutschland aus Geburtenrückgang, wachsender Unterschicht und Zuwanderung aus überwiegend muslimischen Ländern ergeben sollen. Zwar wurde der Inhalt des Buches von Politik und Wissenschaft mehrheitlich scharf angegriffen, die extrem hohen Verkaufszahlen sprechen allerdings für eine ungemeine Popularität der Thesen Sarrazins in breiten Kreisen der deutschen Bevölkerung.

Das Werk ist durchtränkt von Ideen, die starke Ähnlichkeit mit Degenerationslehre und Eugenik aufweisen (vgl. Kapitel 3.7.1).

Schon ganz zu Beginn spricht Sarrazin von „Fäulnisprozessen im Inneren der Gesellschaft“ (Sarrazin 2010: S. 7).

Nicht viel weiter heißt es dann:

„Über die schiere Abnahme der Bevölkerung hinaus gefährdet vor allem die kontinuierliche Zunahme der weniger Stablen, weniger Intelligenten und weniger Tüchtigen die Zukunft Deutschlands.“¹⁷⁵

Frank Schirrmacher spricht in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung von Degeneration als Schlüsselbegriff in Sarrazins Werk, der zwar nie direkt erwähnt,

¹⁷¹ Vgl. Buschmann, Lindner, Ruppert, Töre, Vogel 2010: Internetquelle

¹⁷² Schlüter 2010: Internetquelle

¹⁷³ Vgl. Schlüter 2010: Internetquelle

¹⁷⁴ Vgl. Spiegel Bestsellerliste in „Der Spiegel“ Nr. 52/27.12.2010: S: 167

¹⁷⁵ Sarrazin 2010: S. 11

aber faktisch in allen Details beschrieben wird.

Ein zweiter Schlüsselbegriff ist „Eugenik“. Zwar vermeidet Sarrazin auch diesen Begriff direkt zu nennen, andererseits rühmt er den Begründer der Eugenik, Francis Galton, als Vater der frühen Intelligenzforschung.

Schirmmacher zufolge plödiert Sarrazin für eine „eugenische Demographie“:¹⁷⁶

Beispielsweise sollen Mütter mit akademischer Bildung pro Kind, das sie vor dem 30. Lebensjahr gebären, eine Prämie von 50 000 Euro erhalten. Explizit wird darauf hingewiesen, eine solche Prämie nur bei jenen Gruppen anzuwenden „bei denen eine höhere Fruchtbarkeit zur Verbesserung der sozioökonomischen Qualität der Geburtenstruktur besonders erwünscht ist.“ Transferempfänger dürfen nach Sarrazins Ansicht hingegen gar nicht erst dazu verführt werden, ihre Unterstützung durch Kinder zu erhöhen.¹⁷⁷

Es erscheint bedenklich, wenn ein Werk, in dem gleich in der Einleitung von einer „Gefährdung der Zukunft Deutschlands durch weniger Stabile“ die Rede ist, einen derart großen Zuspruch erfährt.

Wollen wir hoffen, dass dies nur ein vorübergehender rückwärtsgewandter Reflex ist und der Anspruch aus der UN – Behindertenkonvention, psychisch behinderten Menschen volle und wirksame Teilhabe und Inklusion zu ermöglichen, auch in der deutschen Gesellschaft lebendig wird.

¹⁷⁶ Vgl. Schirmmacher 2010: Internetquelle

¹⁷⁷ Vgl. Sarrazin 2010: S. 389ff.

Literaturverzeichnis

Aichele, Valentin (2010): „Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen,“
<http://www.bpb.de/publikationen/JQPVIV.html> (09.01.2011).

Aktion Psychisch Kranke e. V. (2004): Psychosoziale Arbeitshilfen. Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, (4. Aufl.), Bonn (Psychiatrie – Verlag).

Anhorn, Roland (2005): „Zur Einleitung: Warum sozialer Ausschluss für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zum Thema werden muss,“ in: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank (Hrsg.)(2005): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften) 2005: 11-41.

Bahners, Patrick (2010): „Wertedebatte. Haben wir eine christliche Leitkultur?“
<http://www.faz.net/s/Rub9B4326FE2669456BAC0CF17E0C7E9105/Doc~E073DE5D66A5B4E2DA7F0330CF3702628~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (09.01.2011).

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2008): „Was ist die UN-Konvention?“
http://www.alleinklusive.behindertenbeauftragte.de/cln_108/nn_1370204/AI/Konvention/WasistdieUNKonvention__node.html?__nnn=true (09.01.2011).

Blasius, Dirk (1994): Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt/Main (Fischer).

Bundesministerium der Justiz (2008): Bundesgesetzblatt. Jg. 2008, Teil II, Nr. 35: 1419-1457.

Buschmann, Marco; Lindner, Christian; Ruppert, Stefan; Tören, Serkan (2010): „Sechs Thesen für ein republikanisches Integrationsleitbild,“
<http://www.migazin.de/2010/12/21/sechs-thesen-fur-ein-republikanischesintegrationsleitbild/> (09.01.2011).

Castel, Robert (2008): Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit, (2. Aufl.), Konstanz (UVK).

CDU – Bundesvorstand (2010): „Verantwortung Zukunft,“ Parteiprogramm
http://www.astrid-online.it/--il-siste/Documenti/PARTITI/CO/Documenti/CDU_Parteitag_Antrag-Verantwortung-Zukunft_15-16_11_10.pdf
(09.01.2011).

Dörner, Klaus (1975): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt/Main (Fischer).

Dörner, Klaus (2001): „Heimträger sind Geiselnnehmer. Klaus Dörner will Klinikmauern für Langzeitpatienten niederreißen (Interview),“

<http://www.caritas-nrw.de/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=492> (09.01.2011).

Dörting, Thorsten (2010): „Er kam, sah und patzte. Westerwelles Sozialstaatsattacke,“

<http://www.spiegel.de/kultur/gesellschaft/0,1518,677225,00.html> (09.01.2011).

Elgeti, Hermann (2006): „Familienband – Gefahr der Hospitalisierung in Gastfamilien?“
Sozialpsychiatrische Informationen 2/2006: 11-13.

Foucault, Michel (1973): Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland – Pfalz, Mainz 2009, 20/2009.

Görres, Birgit; Zechert, Christian (2010): „Exklusion verhindern und Inklusion fördern – die europäische Perspektive,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 87-97.

Goffman, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, (17. Aufl.), Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Griesinger, Wilhelm (1868): Zur Kenntnis der heutigen Psychiatrie in Deutschland. Eine Streitschrift, Leipzig (Wiegand).

Griesinger, Wilhelm (1872): „Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland,“ in: Wunderlich, Carl R. A. (Hrsg.) (1872): Wilhelm Griesinger. Gesammelte Abhandlungen, Berlin (Hirschwald): Bd. 1: 266-316.

Guttstadt, Albert (1874): Die Geisteskranken in den Irrenanstalten, Berlin.

Helfrich, Achim (2010): „Privat-gewerblich-sozial-wie geht das? Das Konzept eines privaten Trägers im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderung,“ in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2010): Sozialwirtschaft – mehr als Wirtschaft. Steuerung – Finanzierung – Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg, Baden-Baden (Nomos) 2010: 233-245.

Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W. (1972): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente, Frankfurt/Main (Fischer).

Kardorff, Ernst von (2005): „Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht?“ in: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank (Hrsg.) (2005): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften) 2005: 253-273.

Kardorff, Ernst von (2010): „Gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen an und jenseits der Erwerbsarbeit,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 129-139.

Keupp, Heiner (2001): „Lernschritte in Psychiatriereform: Von der fürsorglichen Belagerung“ zu einer Empowerment – Perspektive,“ in: Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.) (2001): Wie geht's uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen, Neumünster (Paranus) 2001: 64-82.

Jacobson, N.; Greenley, D. (2001): „What is recovery? A conceptual model and explication,“ Psychiatr. Serv. 52: 482-485.

Klecha, Dorothee; Borchardt, Dietrich (2007): Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Ein Praxisleitfaden, Freiburg (Lambertus).

Konrad, Michael; Schock Sabine; Jaeger, Joachim (2006): Dezentrale Heimversorgung in der Psychiatrie, Bonn (Psychiatrie-Verlag).

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

Kunze, Heinrich (1998): „Personenzentrierter Ansatz und andere Tendenzen in der Sozialpsychiatrie,“ Kerbe 1/1998: 4-7.

Landhäußer, Sandra (2010): „Inklusion im lokalen Sozialraum – Empirische Anmerkungen zu einer aktuellen Auseinandersetzung,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 121-128.

Lauber, Christoph; Rössler, Wulf (2004): „Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe,“ in: Rössler, Wulf (Hrsg.) (2004): Psychiatrische Rehabilitation, Berlin (Springer) 2004: 146-156.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2010): „Vielfältige Teilhabe als Menschenrecht – ethische Grundlage inklusiver Praxis,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 13-21.

Neuburger, Max (1945): „British and German psychiatry in the second half of the 18th and the early 19th century”, in: Bull. Hist. Med. 18: 139-141.

Pörksen, Niels (2001): “Die Solidarität der Schwachen kann mehr bewirken als der gesammelte Fachverstand der Experten – Persönliche Bilanz nach 30 Jahren,“ in: Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.) (2001): Wie geht’s uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen, Neumünster (Paranus) 2001: 51-63.

Quindel, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie, Bonn (Psychiatrie-Verlag).

Reil, Johann C. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen, Halle.

Ruffing, Reiner (2008): Michel Foucault, Stuttgart (UTB).

Safranski, Rüdiger (2004): Friedrich Schiller oder die Erfindung des Deutschen Idealismus, München (DTV).

Sarrazin, Thilo (2010): Deutschland schafft sich ab. Wie wir unser Land aufs Spiel setzen, (17. Auflage), München (DVA).

Schirrmacher, Frank (2010): „Sarrazins Konsequenz – Ein fataler Irrweg,“
<http://www.faz.net/s/Rub546D91F15D9A404286667CCD54ACA9BA/Doc~E1E30FB65E1E44794BFFEB5A2B73DE7EA~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (09.01.2011).

Schlüter, Christian (2010): „CDU – Programmentwurf - Ohne Tiefere Bedeutung,“
<http://www.fr-online.de/kultur/debatte/ohne-tiefere-bedeutung/-/1473340/4777598/-/index.html> (09.01.2011).

Schmitt, Roland (2010): Masurenhof, Sozialpsychiatrische Einrichtungen: Konzeption. Dezentralisierung Regionalisierung Wohnheim Lamsheim.

Schmuhl, Hans-Walter (2009): „Experten in eigener Sache. Der Beitrag psychiatrischer Patienten zur Irrenrechtsreform im 19. Und frühen 20. Jahrhundert,“ Sozialpsychiatrische Informationen 3/2009: 7-9.

Schott, Heinz; Tölle, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen, München (C. H. Beck).

Schulze Steinmann, Lisa (2003): „Junge psychisch Kranke – Die „new chronics“ der Sozialpsychiatrie?“ in: Schulze, Steinmann, Lisa, Heimler, Joachim; Claaßen Josef; Cordshagen, Hans (Hrsg.) (2003): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn (Psychiatrie – Verlag) 2003: 81-97.

Siemen, Hans-Ludwig (2001): „Vom Mythos der Enquete – Versuch einer kritischen Annäherung,“ in: Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.) (2001): Wie geht’s uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen, Neumünster (Paranus) 2001: 35-50.

Steinhart, Ingmar (2010): „Der Weg zu einer inklusiveren Gesellschaft – Herausforderung für alle,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 67-77.

Theunissen, Georg (2010): „Inklusion – für die Behindertenarbeit kritisch buchstabiert,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 46-54.

Wienberg, Günther (2008): „Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven,“ Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008: 2-12.

Wilmanns, Karl (1911): „Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursachen,“ Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 4/1911: 617-628.

Wittig-Koppe, Holger (2010): „Inklusion kommt,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 7-12.

Wittig-Koppe, Holger (2010): „Wider die sozialstaatliche Kolonisierung des bürgerschaftlichen Engagements,“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur

Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 55-66.

Wunder, Michael (2010): „Inklusion – nur ein neues Wort oder ein anderes Konzept?“ in: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig (Hrsg.) (2010): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Neumünster (Paranus) 2010: 22-37.

Zimmermann, Ralf-Bruno; Lob-Hüdepohl, Andreas (2007): „Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie,“ in: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.) (2010): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch, Paderborn (UTB) 2007: 286-310.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, diese Diplomarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Alle aus der Literatur und sonstigen Quellen (insbesondere auch aus Internettexen) übernommenen Gedanken wurden kenntlich gemacht.

Tiefenthal, den 11.01.2011