

## 2 Theoretische und empirische Einbettung

Wie bereits in der Einführung beschrieben, waren die Forschungsfelder bürgerschaftliches Engagement und Psychiatrie zu Beginn dieser Arbeit kein Neuland für mich. In Bezug auf ihre Verschränkung hatten sich jedoch Forschungslücken gezeigt, die den Anstoß zu der vorliegenden Untersuchung gaben. Die Auseinandersetzung mit dem Forschungsphänomen „Bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose“ war von Beginn an sowohl mit der Annäherung an die zu untersuchende Gruppe und dem Kennenlernen ihrer Lebenswirklichkeit wie auch der Auseinandersetzung mit relevanter Literatur verbunden. Ausgehend von meiner theoretischen Verortung im Sozialkonstruktivismus werden psychische Störungen als sozial mitbedingt begriffen und die gesellschaftliche Institution Psychiatrie nicht als rein objektive Tatsache betrachtet. Insbesondere die historisch-gesellschaftliche Einbettung verdeutlicht, in welcher Weise bürgerschaftliches Engagement bereits länger mit Psychiatrie verknüpft ist, welchen Wandel dieses vollzogen hat und welcher Wert dem Engagement heute auf sozialpolitischer Ebene zugeschrieben wird. In den folgenden Kapiteln gehe ich auf das damit verbundene Spannungsfeld ein. Dabei werden die Probleme, Grenzen bisheriger Perspektiven und eigene Anknüpfungspunkte verdeutlicht. Gleichzeitig ist damit der Verweis auf sozial verfügbares Wissen der Interviewten meiner Studie verbunden, worauf diese als Handelnde zurückgreifen können. Unter anderem daraus leitet sich die Relevanz dieses Wissens für mich als Forscherin ab.

### 2.1 Stand der Forschung

Das Interesse an der Erforschung des Phänomens bürgerschaftliches Engagement psychisch erkrankter Menschen unter den Bedingungen der gesellschaftlichen Transformation in Ostdeutschland entsprang sowohl meinen beruflichen als auch wissenschaftlichen Erfahrungen. Das breit angelegte Themenfeld bildet dabei eine Schnittmenge verschiedener Forschungsdisziplinen und -bereiche. So erfordern das interdisziplinär angelegte Thema und der biographietheoretische Zugang die Auseinandersetzung mit Forschungsperspektiven der Arbeits- und Medizinsoziologie, der Transformations- und Zivilgesellschaftsforschung, der inter-

pretativen Sozialforschung, insbesondere der Biographieforschung und ihrer methodologischen Grundlagen – um die wichtigsten zu nennen.

Der folgende Einblick in relevante Forschungsergebnisse erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern folgt zum einen der Frage, inwieweit hier jeweils Anknüpfungspunkte oder Desiderate bezüglich des bürgerschaftlichen Engagements psychisch erkrankter Menschen gegeben sind. Studien zum Engagement werden hierbei im Hinblick auf ihre Aussagen über die Zivilgesellschaft in Ostdeutschland und ihren Bezug zu sozialen Randgruppen ausgewählt, deren Engagement ebenfalls nicht für selbstverständlich erachtet wird. Zum anderen lenkt die eigene biographietheoretische Perspektive die Auswahl auf Arbeiten, die ebenso im interpretativen Paradigma angesiedelt sind. Die Darstellung folgt damit der Leitfrage, ob und wie die Ergebnisse auf psychisch erkrankte Menschen übertragbar sind.

Weitere Arbeiten untermauern und illustrieren die folgenden Kapitel 2.3 und 2.4, welche bürgerschaftliches Engagement und die Institution Psychiatrie begrifflich und gesellschaftlich einordnen, hierbei auch eine historische und kritisch soziologische Perspektive einnehmen. Auf ein explizites Kapitel zur gesellschaftlichen Transformation in Ostdeutschland wurde bewusst verzichtet, der Einfluss der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse jedoch in die anderen Kapitel integriert. Entsprechend eines wichtigen Ziels dieser Arbeit, individuelle Handlungsverläufe vor dem historisch-gesellschaftlichen Hintergrund zu untersuchen, sind zudem die gesellschaftlichen Prozesse in die Fallrekonstruktionen eingebettet und wird jeweils relevante Literatur einbezogen. Somit leistet auch die eigene Empirie einen Beitrag zur Transformationsforschung und knüpft an die vorhandene an.

### *2.1.1 Kurzer Überblick*

Ein Blick in die nationale wie auch internationale Forschung zeigt, dass diese eher quantitativ ausgerichtet ist. Die Perspektive ist vielfach auf Quoten, Potenziale, Trends, Motive sowie individuelle und gesellschaftliche Erträge oder Wirkungen von bürgerschaftlichem Engagement gerichtet (vgl. BMFSFJ/WZB 2009a; NCVO 2011; Roose 2010).

Die deutsche Forschung entwickelte sich in drei Phasen synchron zum Bedeutungszuwachs der Zivilgesellschaft und zu ihrem Strukturwandel (Mitte der 1980er Jahre bis 1999), der zunehmenden politischen Relevanz und gesellschaftstheoretischen Rahmung (1999 bis 2004) sowie einer Erweiterung und Differenzierung der Datenbasis ab 2004 (BMFSFJ/WZB 2009b: 9-12). Die vorhandene Datenlage erweist sich als vielfältig und ist aufgrund der Erhebungsinstru-

mente und Begriffsdiffusion (siehe Kapitel 2.4.1) schwer überschau- und vergleichbar. Zwischenzeitlich wurden die Errichtung eines zivilgesellschaftlichen Forschungszentrums und die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden gefordert (Olk et al. 2010: 87ff) sowie ein Forum zur Veröffentlichung und Vernetzung der Forschung eingerichtet.<sup>6</sup>

Die umfassendste Erhebung in Deutschland ist der seit 1999 bereits zum vierten Mal im Abstand von fünf Jahren erhobene Freiwilligensurvey. Vergleichsdaten wurden der dritten Erhebungswelle von 2009 entnommen, in deren Rahmen ca. 20.000 Personen der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahre telefonisch befragt wurden. Das Ziel ist, die „Reichweite der Zivilgesellschaft“ (Gensicke/Geiss 2010: 5) zu erfassen, Trends aufzuzeichnen und die Engagementpolitik entsprechend anzupassen. Hoffnungen bestehen dabei vor allem bezüglich des nicht ausgeschöpften „Engagementpotenzials“.

Die 2009 durchgeführte Befragung verzeichnete gegenüber 2004 einen leichten Anstieg der Engagementquoten von 34 auf 36%. 71% (vorher 66) der Grundgesamtheit waren in Vereinen und Organisationen aktive Mitglieder, jedoch nicht unbedingt engagiert. Neben einer Verteilung dieser Quoten über Lebensaltersgruppen, Erwerbsarbeitsstatus, Engagementbereiche und der Erfassung von Organisationsformen, Zeitaufwand und Motiven stehen unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen mehr im Fokus. Dies sind ältere bzw. jüngere Menschen, Männer und Frauen, Familien mit Kindern, MigrantInnen und Arbeitslose (Gensicke/Geiss 2010: 17ff)<sup>7</sup>. Je nach Zuordnung variiert die Engagementquote. Frauen engagieren sich insgesamt weniger häufig als Männer. Sie sind weniger in klassischen Ehrenämtern, wie z.B. Vorständen, jedoch stärker in sozialen Engagementfeldern vertreten (siehe auch Notz 2010). Insgesamt sind die am stärksten engagierten Menschen männlich, in der Altersgruppe 35-44 Jahre sowie der Gruppe der jungen Leute in der verlängerten Ausbildungsphase angehörig. Sie sind erwerbstätig, haben höhere Bildungsabschlüsse und gehobene Berufspositionen. Dies entspricht dem Diskurs des „Mittelschichtbias“ bürgerschaftlichen Engagements (Bödeker 2012), nach dem sich Menschen in prekären Lebensverhältnissen aufgrund geringerer Ressourcen weniger engagieren.

Zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern bestehen weiterhin einige Differenzen. In den neuen Bundesländern ist die Engagementquote auf der Datenebene niedriger<sup>8</sup>. Der Survey erfasst jedoch nur formalisiertes Engagement und nicht die spezifisch ostdeutschen informellen Strukturen (Gensicke et al. 2010: 55) und Besonderheiten (siehe hierzu Kapitel 2.4.2.2).

---

6 Siehe unter <http://www.institut.maecenta.eu/forschungsdatenbank.html>.

7 Meine Angabe bezieht sich auf die Kurzfassung dieses Berichts.

8 In den Bundesländern, in denen meine Interviewpartner leben, sind dies 28% (Sachsen-Anhalt), 31% (Thüringen) bzw. 33% (Sachsen) (Gensicke/Geiss 2010: 24).

Der Erkenntnisgewinn der vorliegenden quantitativen Studien über die spezifischen Motive der Engagierten bzw. das Engagement beeinflussende individuelle, familiale und gesellschaftliche Faktoren und Prozesse ist kritisch zu betrachten. Es bedarf qualitativer Forschungsansätze (vgl. Olk et al. 2010: 87ff), welche die Perspektive der AkteurInnen berücksichtigen. In den vergangenen Jahren wurden nur wenige Studien, die das Engagement im Kontext der gesamten Lebensgeschichte untersuchen, mit Hilfe qualitativ-rekonstruktiver Verfahren durchgeführt. Diese sind oft auf Tätigkeiten in bestimmten Engagementbereichen wie Soziales, Wohlfahrtspflege, Kirche und Jugend fokussiert und wurden im Wesentlichen in den alten Bundesländern durchgeführt<sup>9</sup>. Die verschiedenen AutorInnen ermittelten Motivstrukturen, unter anderem Engagement zur Bewältigung von Lebenskrisen und aktuellen Problemlagen (Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ 2002: 117-121).

### *2.1.2 Forschung zum Engagement in den östlichen Bundesländern*

Horst Poldrack (1993) leitete aus der Bedeutung informellen Engagements in der DDR einen hohen und spezifischen Bedarf an Themen für die Konstitution von Selbsthilfefzusammenschlüssen und bürgerschaftliches Engagement im Transformationsprozess ab. Im Kontext einer brüchigen Erwerbsbiographie bzw. einer psychischen Erkrankung kann dies z.B. bedeuten: biographische Kontinuität zu schaffen, ein Engagement zwangsweise aufgeben zu müssen, endlich ein Engagement in einem bis dato nicht vorhandenen Bereich aufnehmen zu können, sich verstärkt der beruflichen Neuorientierung zu widmen u.a. (vgl. Gensicke 1999). Eine biographietheoretische Arbeit von Ingrid Miethe (1999) zum Engagement in sozialen Bewegungen spezifiziert dies anhand von drei Typen der Bewältigung: I: Wende als Bruch, II: Wende als Transformation, III: Wende als Kontinuität (Miethe 1999: 262). Wichtiger Anknüpfungspunkt ist hierbei der von Miethe betonte notwendige Bezug zur Biographie, um die individuelle Sinnhaftigkeit des Engagements zu erfassen. Dies ist die Voraussetzung, um Reaktionen auf den gesellschaftlichen Umbruch nachvollziehen zu können. Engagement nach 1989 ist daher nicht ohne dessen lebensgeschichtliche Einbettung zu verstehen.

Insgesamt ist der Engagementwandel in Ostdeutschland feststellbar, aber wenig erforscht, vor allem in Bezug auf bestimmte Gruppierungen, Regionen,

---

9 Als Beispiele sind zu nennen: ältere Menschen in einem Wohlfahrtsverband – Glinka/Jakob/Olk 1994; Gewerkschafter – Dörre 1996; kulturell Engagierte – Wagner 2000; Betriebsräte – Candeias/Röttger 2008.

Aspekte und Formen (wie z.B. Backhaus-Maul zu „Corporate Citizenship“<sup>10</sup>). Anhand eines Überblicks zur Engagementforschung werden hierbei wenig (gesamt-)biographische Perspektiven eingenommen (siehe Gensicke et al. 2010). In Studien mit regionalem Bezug werden Anforderungen, Probleme und Motive für bürgerschaftliches Engagement analysiert sowie Handlungsvorschläge für die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen abgeleitet (Olk et al. 2010: 100ff). Einige gehen auf den Zusammenhang mit dem demographischen Wandel ein. Als Hemmnis für Engagement werden drohende oder aktuelle (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und höheres Lebensalter genannt (ebd.: 107). In diesen Studien geht es demnach nicht um die Wirkung der Wendeerfahrungen, sondern um engagementpolitische Ziele. Arbeitslose und ältere Menschen werden in diesem Sinn z.B. als nicht ausgeschöpftes Engagementpotenzial angesehen und stehen deshalb besonders im Fokus einiger Studien. Deren Ziel ist weniger, zu verstehen, ob und unter welchen Umständen diese Gruppen sich engagieren würden. Stattdessen werden z.B. fehlende Leitbilder für das aktive Alter als Grund für den nichtaktiven Anteil älterer Menschen diskutiert. Eine Studie von Kirsten Aner (2006) macht hingegen ein komplexes Zusammenspiel zwischen Kontext, zentralen biographischen Themen sowie etablierten und möglichen Handlungsmustern dafür verantwortlich, ob, wann und wie ein Engagement aufgenommen wird (siehe auch Olk et al. 2010: 118). Dies trifft aber prinzipiell für alle Engagierten zu (s.o.).

Andere Studien wenden sich dem Kompetenzerwerb zu, der dem Engagement zugeschrieben wird, und klären, wie dieser mit Erwerbsarbeit bzw. Arbeitslosigkeit zusammenhängt (ebd.:123). Engagement trage zum Kompetenzerhalt und -neuerwerb (von auf dem Arbeitsmarkt notwendigen Kompetenzen) bei, würde jedoch nicht als Ersatz für Erwerbsarbeit angesehen. Es gilt daher als nicht vereinbar mit den Strategien der Beschäftigungspolitik, die unter normativen Gesichtspunkten Engagement als Mittel der Erwerbsförderung betrachtet. Menschen, die von sozialem Abstieg bedroht sind, lassen sich jedoch schwer zu Engagement zu motivieren. Solche Gruppen wie Arbeitslose, Alleinerziehende und SeniorInnen sind aber in Ostdeutschland, z.B. in Thüringen (vgl. Kopke/Lembcke 2005), stark vertreten. Hieraus leitet sich die Frage ab, welche Motivationen und lebensgeschichtliche Erfahrungen engagierte RepräsentantInnen dieser Gruppen dafür prädestinieren. An dieser Stelle ist ein Desiderat zu verzeichnen, welches ebenso Menschen mit psychischen Erkrankungen betrifft.

Folgt man den Ergebnissen der Vergleichsstudie, besteht sogar eine erhebliche Forschungslücke. Zum einen weiß man wenig über die (vermuteten) spezifischen Motivstrukturen und Dispositionen der in der DDR Sozialisierten. Die

---

10 Damit werden Spenden oder ähnliche Formen des Handelns bezeichnet, in denen Unternehmen quasi als Bürger agieren (Backhaus-Maul 2006: 32-38).

These ostspezifischer Besonderheiten im Zugang zum und im Umgang mit dem Engagement steht daher weitestgehend unbeantwortet im Raum. Dies betrifft ebenso die Frage, welche Bedeutung ein Engagement für vorzeitig aus der Erwerbsarbeit ausgeschiedene Personengruppen (wie etwa psychisch erkrankte Menschen, die eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, Anm. H. St.) einnimmt (vgl. Olk et al. 2010:143-145), im Ostteil ist dieser Aspekt jedoch besonders relevant.

Weitere Impulse für die eigene Arbeit gingen von Studien aus, die Spezifika von Generationen und damit eine historische Perspektive ins Spiel brachten (vgl. Corsten 2002; Corsten et al. 2002; zu Generationen siehe auch Kapitel 3.8.2.1)<sup>11</sup>. Die Analyse der Biographien ehemaliger wirtschaftlicher DDR-Leitungskader<sup>12</sup>, die ihre Kindheit im „Dritten Reich“ und Zweiten Weltkrieg erlebten und der Aufbaugeneration der DDR angehörten<sup>13</sup>, zeigte die Bedeutung der unterschiedlichen Ausprägungen der Systemloyalität auf. Die fallspezifischen Unterschiede, die sich im „Operationsstil“ äußerten, waren auf die jeweilige Loyalität zurückzuführen. Handlungsstile und Kompetenzen werden demnach aus vorherigen in sich wandelnde Gesellschaften übertragen und dabei angepasst (vgl. Corsten 2002: 29f). Handlungsfelder bürgerschaftlichen Engagements geben damit Einblick in individuelle Anpassungsprozesse an sich wandelnde gesellschaftliche Gegebenheiten. Ergänzend zeigt Miethe dies für systemkritisches Engagement in der Opposition und Bürgerbewegung auf (Miethe 1999). Fragestellungen nach der biographischen Genese bürgerschaftlichen Engagements sollten mit der Erwartung verbunden sein, die Generationenzugehörigkeit zu beachten. Eine Mehrgenerationenperspektive kann zudem hilfreich sein, um die biographische Funktion des Engagements zu verstehen (siehe Miethe 1999).

Diese Arbeiten sensibilisierten die eigene Forschung im Hinblick auf die Bedeutung und den Umgang mit der DDR-Sozialisation, die Ausprägung der Systemloyalität für die jeweiligen Geburtsjahrgänge und die Bedeutung von Engagement in ihrer Lebensgeschichte.

Insgesamt gibt es nicht viele qualitative Studien und noch weniger biographische. Selbst die als biographische Studien bezeichneten stellten sich bei näherer Betrachtung als „biografisch-orientierte Leitfadeninterviews“ heraus, die bestimmte Zielstellungen verfolgten oder ausgewählte Engagementfelder untersuchten (vgl. Braun/Baur 2003 im Sportbereich; Ebert et al. 2003 im Kulturbereich). Dafür besteht in der vorliegenden Studie jedoch prinzipielle Offenheit.

---

11 Siehe auch Poldrack 1993.

12 Der Fall Ludwig (Gudulas 2002: 13-17), der Fall Vischer (Kauppert 2002:18-22).

13 Charakteristisch für die Fälle ist auch, dass ihnen in den 1980er Jahren der Zugang zu oberen Leitungsfunktionen versperrt wurde. Beide übernahmen nach der Wende ein Schöffenamtsamt (Corsten 2002: 23).

### *2.1.3 Selbsthilfe im Fokus der Forschung*

Mit dem Aufschwung der Selbsthilfebewegung in den 1970er Jahren rückte diese gleichermaßen in den Fokus der Forschung. In den 1980er Jahren wurden hierbei Ziele, Arbeitsweisen, Erfolge, Wirkungen und Motive untersucht. Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten galt das Interesse vor allem gesundheitsfördernden, salutogenen und tertiärpräventiven Wirkungen der Selbsthilfe. Mehrheitlich stellte man verbesserte soziale Beziehungen, Kompetenzen in der Bewältigung der gesundheitlichen und sozialen Problematik bzw. der Lebensqualität fest. Weitere Ergebnisse zeigten, dass stationäre Behandlungen geringer in Anspruch genommen wurden, sich die Abstände zwischen Krankheitsphasen erweiterten und Betroffene länger erwerbsfähig blieben (Borgetto 2011: 291-294; Hundertmark-Mayser et al. 2004: 21-22; 30-31). In den 1990er Jahren verschob sich der Fokus der Forschung auf die Verbreitung und die effektive Kooperation mit Versorgungs- und Koordinierungsstrukturen oder den ökonomischen Nutzen der Selbsthilfe.

Forschungsdesiderate bestehen in Bezug auf die Zugangswege und Motive der SelbsthilfeakteurInnen. Ausgehend von sozialstrukturellen Daten, die eine Selbsthilferate von 9% der erwachsenen Bevölkerung im Lebensverlauf schätzen (Borgetto 2011: 292), und Mittelschichtorientierung richtet sich das Interesse auch auf Zugangsbarrieren von sozial schlechter gestellten Gruppen (Kophal et al. 2010: 127) – was der politisch gewollten Aktivierung von bürgerschaftlichem Engagement entspricht (siehe Kapitel 2.4.4.1 und 2). Ein größerer Teil der Forschung befasst sich mit dem „Generationswechsel“ in der Selbsthilfe und damit zusammenhängend mit den Bedingungen für die Aktivierung junger Menschen. In diesem Kontext wird auch die Rolle der neuen Medien untersucht und diskutiert (Pons 2012: 20-24, 35-38). Es geht letztlich um die Hoffnung auf gesundheitsökonomische Einsparungen durch die Selbstsorge der mündigen Bürger im Sinne des aktivierenden Sozialstaates. Von Selbsthilfe werden unter dem Legitimationsdruck durch die breitere finanzielle Förderung Nachweise der Qualität und Effizienz gefordert (Hellerich 2003: 59).

Wie bereits Miethe (1999, 2000) feststellte, wurde in der Vergangenheit kaum eine Akteursperspektive in der Erforschung der NSB eingenommen. Für die Frage, warum sich jemand einer sozialen Bewegung anschließt oder nicht und welche Motive damit verfolgt werden, sei es jedoch notwendig, die gesamte Lebensgeschichte und biographische Situation einzubeziehen. Ihre biographische Forschung zu Frauen in der DDR-Bürgerbewegung zeigt auf, wie diese Entscheidungen und Motive der Aufnahme, Aufgabe oder Transformation der Gruppenaktivität familial und gesellschaftlich gerahmt waren (Miethe 1999: 267-68). Ich sehe unter forschungspraktischen und methodologischen Aspekten

prinzipiell keinen Unterschied zu AkteurInnen der Selbsthilfebewegung. Unter welchen Bedingungen psychiatrisch diagnostizierte Probleme gerade in der Selbsthilfebewegung bearbeitet werden, lässt sich daher nur unter Berücksichtigung der relevanten familialen und gesellschaftlichen Kontexte verstehen.

Da Potenziale organisierter Selbsthilfe in der DDR unterdrückt wurden (siehe Kapitel 2.4.2.2) und demnach diesbezügliche Erfahrungen fehlten, ist weiterhin interessant, welche Ressourcen und Kompetenzen nach 1989 aktiviert wurden. Die AkteurInnen könnten an informelle Hilfestrukturen, familial tradierte Selbsthilfeeinfahrungen, z.B. der Arbeiterbewegung, oder die Bürgerbewegung der Wendephase angeknüpft haben. Biographietheoretische Arbeiten, die sich diesen Fragen widmen, liegen bislang nicht vor.

Im Sample einer qualitativen Studie von Andrea Dischler sind einige Personen, die sich in der psychiatrischen Selbsthilfe engagieren (Dischler 2010: 126-129, 137-142, siehe Kapitel 2.1.4). In der Selbsthilfeforschung wurden vereinzelt leitfadengestützte qualitative Interviewstudien durchgeführt. Eine Untersuchung von Ralph Schilling (2006) befasste sich mit der biographischen Situation vor und nach dem Auftreten des psychosozialen Problems engagierter Angehöriger, also nicht von Erkrankten selber. Die Aktivität von Angehörigen ist nicht mit der direkt Betroffener zu vergleichen, in einzelnen Aspekten wie lebensverändernder Wirkung, Tabuisierung und Stigmatisierung jedoch durchaus. Die Studie zielt auf das Verstehen des lebensweltlichen Kontextes der Befragten, der Funktion der Selbsthilfeaktivität und der biographischen (Wechsel-)Wirkungen – z.B. gesundheitsfördernde und entstigmatisierende Effekte (Schilling 2006: 48-50). Hierbei werden prozesshafte Verläufe von Betroffenheit, Anschluss an eine Gruppe bis zu gesellschaftspolitischem Engagement und die damit verbundene Professionalisierung und Überforderung aufgezeigt (ebd.: 28-35, 46f).

Das Interesse meiner Untersuchung richtet sich zum einen auf die aktiv engagierten LeiterInnen und NetzwerkakteurInnen, deren Handeln sich in Umfang und Grad der Professionalisierung von dem der anderen Beteiligten unterscheidet. Zum anderen interessiert mich ebenso die Funktion einer SHG auch für weniger aktive Mitglieder.

In der praxisorientierten Forschung des Projektes „Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen“ wird der Mangel an diesen Aktiven (Kofahl et al. 2010: 127) bzw. „Nachwuchsprobleme“ (Wohlfahrt 2010: 117-118) beklagt, was sich auch mit meinen Erfahrungen deckt. Die gesundheits- und sozialpolitische Hoffnung auf planmäßige Aktivierung von Selbsthilfepartizipation und -engagement durch die Überwindung individueller und sozialstruktureller Hürden geht vermutlich am Eigensinn der Individuen vorbei. Es mag zutreffen, dass fehlende Ressourcen langzeitarbeitsloser oder obdachloser Menschen bzw. Befürchtungen nicht ausreichender Professionalität (ebd.: 130) Hürden für die Partizipation in Gruppen



darstellen können. Die Entscheidung über individuelle oder kollektive, organisierte oder informelle bzw. gegen Selbst- und für die Annahme von Fremdhilfe fällen Betroffene jedoch mit Sicherheit nicht nur auf der Grundlage rationaler Überlegungen, sondern ebenso aufgrund von lebensgeschichtlich erworbenen Präferenzen und Abneigungen. Es bleibt daher eine Diskrepanz zwischen theoretisch angenommenem Bedarf an Selbsthilfe und tatsächlichem Handeln, die rätselhaft erscheint, wie z.B. bei pflegenden Angehörigen (Wohlfahrt 2010: 131).

Ergänzend möchte ich noch den zu erwartenden Mehrgewinn einer qualitativen bzw. biographietheoretischen Studie in Bezug auf salutogenetische Wirkungen und Entstigmatisierung betonen. Eine Untersuchung, die auf den Selbsthilfekontext eingeengt wird, vernachlässigt m.E. die Wirkungen im Alltagsleben außerhalb der Gruppe. Es besteht außerdem die Gefahr einseitiger Zuschreibung positiver oder negativer Effekte auf die Selbsthilfeaktivität. Aus einer interaktionistischen Perspektive würde ich Wechselwirkungen mit anderen Wirkungsfaktoren und -ebenen in Familie, Erwerbsarbeit, Politik in diese Überlegungen einbeziehen. Lebensgeschichten sind jedoch in der Selbsthilfe bzw. im Kontext von Psychiatrie bevorzugt als Autobiographien oder Krankengeschichten zugänglich, weniger als Forschungsinstrument.

#### *2.1.4 PsychiatriepatientInnen in der Engagementforschung*

Anhand der Engagement- und Selbsthilfeforschung deutete sich an, dass es entgegen der (sozial-)politischen Interessen und Zielsetzungen zur Förderung des Engagements und der Selbsthilfe besonders fokussierter Gruppen wenig erforschte Fakten gibt. Damit setzt sich der „Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ von 2013 (BMAS 2013: 253) auseinander, wobei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als ein Schwerpunktthema fokussiert werden. Als Probleme werden die gesellschaftliche Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen sowie die erschwerte gesellschaftliche Teilhabe benannt.

*„Gestiegen ist die öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Beeinträchtigungen, jedoch nicht deren Akzeptanz; Angst und Abwehr sind weiterhin verbreitet.“ (BMAS 2013: 397)*

Damit verweist der Bericht auf Diskurse, welche der politisch geforderten Inklusion entgegenwirken. Die AutorInnen des Berichtes verfolgen die Idee, soziales Engagement könne defizitäre gesellschaftliche Einstellungen abschwächen und verändern. Es ist daher zunächst von Interesse, welche Möglichkeiten diesen Menschen offenstehen und welche sie wahrnehmen. Behinderte Menschen im

mittleren Lebensalter engagieren sich laut Bericht stärker als gesunde im Bereich politischer Interessenvertretung (BMAS 2013), jedoch in geringerem Umfang in Vereinen, Verbänden und sozialen Diensten (ebd.: 247f). Man wisse zu wenig über Menschen mit psychischen Störungen, deren Lebenssituation und Teilhabe.

Bereits vor der Verabschiedung der UN-Menschenrechtskonvention wurden Projekte in Anbindung an Freiwilligenagenturen oder Wohlfahrtsverbände aufgebaut, die den Zugang zu einem Engagementfeld unterstützten und dokumentierten. Damit begann bspw. 2005 die Freiwilligenagentur der Caritas Mönchengladbach mit dem Projekt „Funambulus“, in dem psychisch erkrankte Menschen zum Engagement aktiviert, in spezielle Bereiche vermittelt und dabei begleitet wurden. Weitere Freiwilligenagenturen folgten. In Kooperation zwischen der Caritas und dem Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg (ZZE) wurde das Engagement von und für behinderte Menschen evaluiert und 2008 eine Handreichung erarbeitet. Als Teil eines bundesweiten Projektes führte die AWO-Thüringen von 2007 bis 2010 das Projekt „Nimm dir ein Herz“ durch, an dessen Konzept und Umsetzung ich mitgewirkt habe. Im Zuge des Umsetzungsplans der Bundesregierung kamen weitere hinzu (vgl. Schmidt 2010; Klie 2010; Simmank 2012; May/Scharf 2013). Dieser politisch gesteuerte Perspektivenwechsel trug dazu bei, betroffene Menschen nicht mehr ausschließlich als Zielgruppe *für* bürgerschaftliches Engagement zu sehen, sondern als handelnde BürgerInnen. Der Fachdiskurs greift insbesondere Themen wie Menschen- und Bürgerrechte, Effekte der Salutogenese sowie Sozialkapital/Netzwerke auf (vgl. Tigges/Langguth-Wasem 2012; Magiros 2012). Die vorgefundene Begleitforschung (Klie et al. 2008) bildet die Perspektive der AkteurInnen aber kaum ab. Über eventuelle Zugänge zu einem Engagement ohne unterstützende Strukturen (s.o.) ist wenig bekannt. In Deutschland sind Engagierte mit einer psychischen Störung bisher nur in der 2010 veröffentlichten qualitativen Studie von Andrea Dischler untersucht worden, auf die ich deshalb noch ausführlicher eingehe. Die biographietheoretische Arbeit von Gerhard Riemann (1987) beinhaltet (zufälligerweise) den Fall eines in einer amerikanischen Ex-Patienten-Bewegung bürgerschaftlich engagierten Betroffenen (vgl. Riemann 1987: 412-413). Darüber hinaus sind Menschen mit psychischen Störungen vereinzelt als PatientInnen bzw. auf ihre Erkrankung bezogen im Fokus qualitativer (psychologischer, psychiatrischer) Forschung. Häufig wird über sie als NutzerInnen eines bestimmten Hilfesystems oder einer gesellschaftlichen Institution (z.B. Bildung) geforscht. Solche Studien berücksichtigen nicht die gesamte Lebensgeschichte der Betroffenen bzw. vernachlässigen historisch-gesellschaftliche Kontexte und Einflüsse.<sup>14</sup>

---

14 Als Beispiele sind hier zu nennen: „Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten“ (Ammon 2002); „Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und An-

Eine weiterführende Frage meiner Diplomarbeit betraf die Bedeutung von bürgerschaftlichem Engagement – als einer Form von Arbeit – für die Lebensqualität. Als Substitut für den (dauerhaften) Verlust einer Erwerbsarbeit kann es ohne eine grundlegende ökonomische Sicherheit nicht dienen. Arbeitslosigkeit führt nicht ohne weiteres zu einer Ausweitung bürgerschaftlichen Engagements, obwohl sie Zeitressourcen freisetzt (Ehrlinghagen 2000; Baumgarten 2011). Das Engagement kann jedoch zur „biografischen Re-Aktivierung“ (Corsten/Seidel 2009) nach Phasen der Arbeitslosigkeit genutzt werden. Dies ist wahrscheinlicher, wenn über ein Engagement aufgebautes soziales Kapital zeitlich unabhängig vom Eintritt der Arbeitslosigkeit erworben wurde (ebd.: 572).

Menschen mit chronifizierten psychischen Störungen sind oft in der Ausübung einer Vollerwerbstätigkeit eingeschränkt, von Arbeitslosigkeit betroffen oder müssen gar Erwerbsunfähigkeitsrente beantragen.<sup>15</sup> Sie gelten daher als eine von Exklusion (siehe Kapitel 2.2.3) aus gesellschaftlichen Teilsystemen gefährdete bzw. betroffene Gruppe (BMAS 2013: 391-388). Ein Engagement kann jedoch materielle und immaterielle Vorteile bringen, stabilisierenden und qualifizierenden Charakter haben und eine Brücke zurück zur Erwerbsarbeit schlagen. Rosine Schulz (2010: 297-310) hat dafür den Begriff des „Kompetenz-Engagement“ geprägt<sup>16</sup>. In diesem Sinne zielen einzelne Studien auf die Feststellung positiver Wirkungen von bürgerschaftlichem Engagement und das Verhältnis zwischen Erwerbsarbeit und Engagement (vgl. Hesse 2001; Korfmacher/Mutz 2004; Überblick zu Ostdeutschland siehe Olk/Gensicke 2013: 123-126).

Einige AutorInnen diskutieren die Gefahr der Exklusion von Partizipations- oder Engagementmöglichkeiten. Chantal Munsch (2003) belegte im Rahmen einer ethnografischen Studie über Gemeinwesenarbeit, dass sozial Benachteiligte sich engagieren, obgleich sie in der Praxis öfter Zielgruppen *für* Engagement darstellen und ihnen dieses wenig zugetraut werde. Die Mittelschichtdominanz der gültigen Engagementkultur bewirke jedoch Ein- und Ausschluss in Engagementbereiche und -themen – z.B. mangels Effektivität und Ressourcen. Das En-

---

gehören zur Qualität des Lebens“ (Amsler/Baer/Domingo 2003); „Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten“ (Gutknecht 2004); „Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen“ (Müller/Mitscherlich 2006).

- 15 Der Anteil psychiatrischer Diagnosen stieg von 1996 bis 2011 von 26,3 % auf 47,4 % bei Frauen und von 16,5 % auf 35,2 % bei Männern. Unter den Zugängen dominiert mit 55 % zu 45 % der Anteil der Frauen (Kaldybajewa/Kruse 2012: 210). In steigendem Maße waren Neuzugänge im Vorfeld (im sozialrechtlichen Sinn, Anm. H. St.) arbeitslos (ebd.: 214; Bäcker 2012: 8).

- 16 Anhand einer qualitativen Leitfadenstudie (Gruppeninterview mit Arbeitslosen und ExpertInneninterviews mit KoordinatorInnen von Freiwilligenagenturen u.ä.) untersuchte sie den möglichen „Nutzen“ eines Engagements für (oder als Brücke zur) Erwerbsarbeit.– Schulz grenzt ihre Studie auf Menschen ein, auf welche die sozialrechtliche Definition von Arbeitslosigkeit zutrifft.

gement solcher Gruppen sei zum Teil nicht bekannt, da es eher im wenig erforschten informellen Rahmen stattfindet (Munsch 2003, 2005, 2011). Die Dichotomie von öffentlich-politischem und privat-persönlichem Raum begünstigt die Reproduktion bestehender Machtverhältnisse, wodurch bestimmte Themen und Aktionsformen als unpolitisch ausgegrenzt und der Privatsphäre zugeschrieben werden (Munsch 2011: 227-241).

An ihre Diskussion anhand sozialer und ethnischer Minderheiten auf der Grundlage ähnlicher Milieus bzw. Vorstellungen und Ziele (Munsch 2011: 233) lässt sich in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen aus Ostdeutschland anknüpfen. Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen erschweren den Zugang zu Erwerbsarbeit, ihre Leistungsfähigkeit ist oft geringer als bei „Gesunden“ und sie engagieren sich häufiger in informellen Netzwerken und SHG. Letztere bieten ihnen gegenseitige emotionale und alltagsweltliche Unterstützung (siehe auch Thiel 2013; Bengel et al. 2004) und nachbarschaftliche Hilfen. Engagementformen im öffentlichen Raum, z.B. innerhalb von Vereinen, Kirche oder Politik, können jedoch bereits vor der manifesten Erkrankung eine Rolle spielen – und ggfs. danach. Es stellt sich die Frage, welche Engagementformen und -felder sie besetzen (können) und was sie mit dem Engagement verbinden. Munsch charakterisiert das Engagement als *„biografisch erlerntes Bewältigungsverhalten biografisch und kulturell eingebetteter Themen“* (Munsch 2011: 233). Zu bewältigende Problemlagen sieht sie im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung verschiedener Dimensionen. Biographische Studien ermöglichen zudem, die Wirkungsweise von Machtverhältnissen im Kontext von Engagement zu erkennen und zu verstehen.

Norbert Brömme und Hermann Strasser (2001) widersprechen den Schlussfolgerungen von Munsch in gewissem Sinn. Insbesondere die „neuen“, weniger formal organisierten Assoziationsformen für Engagement seien mittelschichtorientiert und schließen deshalb Personen mit niedrigeren Bildungs- und Berufsabschlüssen aus. Dafür seien erforderliche kommunikative Kompetenzen, Organisationsgeschick und die Fähigkeit, die eigenen Interessen zu vertreten, verantwortlich, alles Eigenschaften, die sie mit Bildung bzw. sozialem Kapital in Verbindung bringen (vgl. Brömme/Strasser 2001: 7). Schon die Gewinnung erfolge oft innerhalb persönlicher Netzwerke und führe so zur Reproduktion der Mitgliederstruktur und zum Ausschluss anderer sozialer Gruppen. Unter anderem betreffe dies auch SHG.

Eine Studie des Instituts für Demokratieforschung der Universität Göttingen (Klatt/Walter 2011) nimmt ebenfalls das informelle Engagement sozial benachteiligter Gruppen innerhalb ihrer Lebensmilieus, in Plattensiedlungen in Ost und West, in den Blick. Leitfadeninterviews und Gruppendiskussionen trugen zu einem differenzierten Bild über formelles und informelles Engagement bei. Der

entwickelten Typologie wurden StadtteilbewohnerInnen mit psychischen Störungen einer Gruppe der „Isolierten“ zugeordnet. Diese verfügen über kleine soziale Netzwerke, die Familie lebt außerhalb des Wohnquartiers, sie sind meist ohne Erwerbsarbeit, leben vereinsamt und isoliert und üben wenige Aktivitäten aus (Klatt/Walter 2011: 181-190). Dieses defizitäre Bild deutet weniger auf Engagement hin.

Insgesamt liefert die deutschsprachige Forschungsliteratur wenig gesichertes Wissen und keine expliziten Aussagen über Menschen mit psychiatrischen Diagnosen als bürgerschaftlich Engagierte, auch wenn es relevante Anknüpfungspunkte gibt. Deshalb wurde gezielt in der internationalen Forschungslandschaft recherchiert.

Relevante Forschung zur Fragestellung fand ich in der Fachliteratur Großbritanniens und der USA. Einen Überblick dazu gibt Steven Howlett (2004). In Großbritannien ist die organisierte Ermöglichung und Unterstützung von Engagement für Menschen mit psychischen Störungen bereits länger und in größerem Umfang etabliert und wird wissenschaftlich von sozialpsychiatrischer Forschung begleitet. Ebenso wie in Deutschland gibt es jedoch kein Wissen darüber, wie groß der Anteil psychisch erkrankter Menschen an den Engagierten ist. Es besteht jedoch die Überzeugung, dass diese Hilfe und Unterstützung benötigen, da sie von Engagement in Organisationen ausgeschlossen werden bzw. diese teilweise nicht in der Lage sind, sie einzubinden.

Das Forschungsinteresse richtet sich vor allem auf positive Zusammenhänge zwischen „Volunteering“<sup>17</sup> und Gesundheit bzw. Lebensqualität, verweist also auf einen gesundheitsökonomischen Diskurs. An diesen meist quantitativen Studien ist kritisch anzumerken, dass es problematisch ist, vorab zu definieren und zu operationalisieren, was psychisch gesund/krank bedeutet und wer wozu auf der Grundlage welcher Kriterien zugerechnet wird.

Innerhalb der britischen Organisation „Capital Volunteering“ wurden 95 von ursprünglich 150 Volunteers aus 51 Londoner Projekten vom „Health Service & Population Research Department“ innerhalb von zwölf Monaten zweimal befragt (siehe Murray et al. 2008).<sup>18</sup> Diese Evaluationsforschung bedient sich quantitativer Instrumente wie „Global Assessment of Functioning“ und „Health related quality of life“, welche die typischen Grenzen von Fragebögen aufweisen. Die Volunteers waren meist in sozialen Projekten der untersuchten Organi-

---

17 Ich benutze in diesem Teilkapitel die Begriffe, wie sie im anglo-amerikanischen Raum verwendet werden.

18 Im Internet sind weitere Informationen zu finden unter: [www.changes4volunteering.org/wp-content/uploads/2010/07/Capital-Volunteering\\_Evaluation-Report.pdf](http://www.changes4volunteering.org/wp-content/uploads/2010/07/Capital-Volunteering_Evaluation-Report.pdf) (siehe dazu auch: CSV 2008).

sation und „mental health organisations“ engagiert. Dabei hätten sich ihre sozialen Netzwerke erweitert, auch um Freundschaften zu Menschen außerhalb dieses Organisationsrahmens. Zudem habe sich ihre soziale Inklusion evident verbessert und das Engagement wirke sich insgesamt positiv aus. In Bezug auf medizinische Hilfen wurde ein Rückgang stationärer Aufenthalte von 23% auf 11% sowie der Kontakte zu PsychologInnen festgestellt. 60% der Befragten meinten, die Engagementerfahrungen zukünftig zu nutzen, 20% erhofften sich eine bezahlte Erwerbsarbeit, während andere eine Erweiterung ihres Engagements erwogen.

US-amerikanische Studien untersuchen „Zusammenhänge“ zwischen Volunteering und Depression und stellten meist positive Wirkungen in Bezug auf psychisches Wohlbefinden fest (vgl. Musick/Wilson 2003)<sup>19</sup>. Dies wird mit einer verbesserten sozialen Integration, z.B. durch neue soziale Bindungen, in Zusammenhang gebracht.

Howlett verweist auf eine Studie, die in Nord-London Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose nach ihrem zeitlichen Umfang an Aktivitäten befragte (Shimitras et al. 2003). Dabei ergaben sich quasi nebenbei Daten über deren Volunteering. Interessant ist, dass diese und weitere Studien befanden, Menschen mit psychischen Erkrankungen verbrächten einen großen Teil ihrer Zeit schlafend bzw. passiv. In der Shimitras-Studie waren nur wenige erwerbstätig und nur vier von 229 Befragten engagiert. Howlett warnt vor Generalisierung und fragt sich, ob diese geringe Zahl nicht auch solchen Organisationen geschuldet ist, die eher Barrieren darstellen als Engagement ermöglichen. Diese berechnete Frage schließt an die Diskussion, die im vorherigen Kapitel vorgestellt wurde, an und ich schließe mich dieser kritischen Sicht an.

Einige Studien ignorieren offenbar die sozialen Folgen einer psychischen Erkrankung (siehe Kapitel 2.3.4) sowie ihrer pharmakologischen Behandlung, insbesondere Neuroleptika (Lehmann 2013: 179-183; DGSP 2012). Damit wird der psychiatrische Diskurs (siehe Kapitel 2.3) sozusagen reproduziert, ohne die gesellschaftlichen Teilhabechancen der Betroffenen zu hinterfragen.

Eine andere Studie (Clark 2003) zeigte hingegen ein abweichendes Bild auf: In 120 Fragebögen wiesen 83% der Befragten Erfahrungen mit psychischen Störungen auf und 95% übten aktuell ein Engagement aus. 23% gaben Informationsdefizite als Hinderungsgrund für ein Engagement an. Eine weitere Studie wies auf die Notwendigkeit von Unterstützung für diese potenziell Engagierten

---

19 In dieser US-amerikanischen Studie wurde anhand der Auswertung von Daten des „Americans' Changing Lives Data-Set“ (1986, 1989, 1994) ein positiver Effekt in Bezug auf Depressionen konstatiert. Dieser Zusammenhang ist jedoch eingeschränkt auf Personen über 64 und aus religiösen Gründen Engagierte.

hin, die diese mehr als andere bräuchten. Es wurden Barrieren für den Zugang bestimmter marginalisierter gesellschaftlicher Gruppen kritisiert.

Während alle von Howlett referierten Studien versuchten, positive (lineare, kausale) Zusammenhänge zwischen Volunteering und Gesundheit zu belegen, fanden John Wilson und Marc Musick ansatzweise den Effekt, wie umfangreiches Volunteering auch entgegengesetzt wirken könne. Sie diskutieren dies ausführlicher mit Referenz auf andere Studien (Musick/Wilson 2008: 49ff). Howlett hält das Feld insgesamt für unzureichend erforscht und plädiert für eine Ausweitung (Howlett 2004: 14). Er empfiehlt insbesondere die Überwindung einer bestehenden Trennung von Gesundheits- und Volunteerforschung. Ähnlich empfiehlt auch der Niederländer Rene Bekkers (2005) eine Kooperation zwischen soziologischer, psychologischer und politikwissenschaftlicher Forschung, um die komplexen Strukturen und Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeit sowie sozialer und politischer Struktur zu verstehen.

Ein 2011 abgeschlossenes, qualitatives britisches Forschungsprojekt zielte auf umfassenderes Wissen über die Entscheidung zu oder Behinderung von Partizipation. Das Interesse richtete sich auf die Lebensgeschichte und -umstände von 108 Interviewten sowie auf strukturelle Bedingungen in drei unterschiedlichen Regionen. Unter den Befragten waren „zufällig“ Menschen, die psychische Probleme oder Erkrankungen überwunden hatten und über ihre diesbezüglichen Erfahrungen im Interview berichteten.<sup>20</sup> Im Unterschied zu den quantitativen Studien konnte hier die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Strukturen und der Lebenssituation der AkteurInnen in den Blick genommen werden.

Eine differenzierte Perspektive auf die soziale Lage von Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren eventuelle Marginalisierung und ihren Zugang zu bürgerschaftlichem Engagement gibt es jedoch nicht. Prinzipiell sind diese in allen Bevölkerungsschichten, Lebenslagen und Machtpositionen zu finden und damit auch in verschiedensten Positionen im System der Erwerbsarbeit sowie Bereichen bürgerschaftlichen Engagements.

Andrea Dischlers Arbeit (Dischler 2010), als bisher einzige qualitative Studie zur Freiwilligenarbeit (sie verwendet einen anderen Begriff, Anm. H. St.)<sup>21</sup> von Menschen mit Psychiatrieerfahrung (hier ebenso, H. St.), war von besonderem Interesse für mich. Dass sich die Autorin etwa zeitgleich mit mir (beginnend

---

20 Mehr Informationen und Dokumente sind auf der Website des Projektes ersichtlich: <http://pathwaysthroughparticipation.org.uk/>

21 Sie argumentiert mit der Betonung auf „Autonomie der engagierten Subjekte, eine nicht so sehr wertgebundene individualisierte Solidarität“ (Dischler 2010: 34). Diese charakterisiert sie angelehnt an Grünenfelder (2001) als „jegliche unbezahlte Arbeit außerhalb von Haushalt und Familie“. Innerhalb dieser Kategorie unterscheidet sie informelle und formelle Freiwilligentätigkeit (in Abgrenzung zu gewählten Ehrenämtern).

2006) diesem Thema widmete, kann mit der Öffnung der Diskurse über Zivilgesellschaft zusammenhängen. Ihre Fragestellung knüpft an den Diskurs zum Wandel von Erwerbsarbeit an und fragt, inwieweit

*„in Zeiten schwindender Erwerbsarbeit freiwillige Tätigkeit für Psychiatrie-Erfahrene eine Übergangstätigkeit oder eine Alternative zur Erwerbsarbeit – nicht zur Existenzsicherung, sondern zur Sinnfindung – sein kann.“ (Dischler 2010:15)*

Ausgehend von der gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen ist Dischlers Erkenntnisinteresse darauf gerichtet, inwieweit Freiwilligenarbeit gesellschaftliche Teilhabe verbessern könne. Die Datenbasis bilden neun, zwischen 2006 und 2008 in einer süddeutschen Großstadt geführte, problemzentrierte Leitfadeninterviews (Witzel 2000). Die subjektorientierte Perspektive eröffnet Einblicke in die Erfahrungen, (Be-)Deutungen, Wissensvorräte und Interaktionen der Engagierten im Spannungsfeld von Erwerbsarbeit, Freiwilligenarbeit und Psychiatrieerfahrung.

Dischlers Studie leistet einen Beitrag zu einer auf Ressourcen fokussierten Perspektive auf das Leben von Psychiatrie-Erfahrenen. Sie gibt Einblick in Erfahrungen mit der Freiwilligenarbeit, die Engagementfelder (mit Schwerpunkt politischer und sozialer Bereich), die aktive Umsetzung von Handlungsimpulsen und das Verhältnis zwischen Erwerbs- und Freiwilligenarbeit. Ausgehend von nachgezeichneten „Lebenslinien“ (Dischler 2010: 119-147) werden Motive und Bedingungen für die Aufnahme eines Engagements erarbeitet. Bedeutsame Voraussetzungen seien die „biographische Passung“ und der Willen (ebd.: 240) der Personen. Die berufliche Arbeit wird als wesentlicher Bezugspunkt für die Befragten und Teil ihrer Identität gesehen. Erfahrungen und Kompetenzen aus der Erwerbsarbeit wurden nach deren gesundheitsbedingter Beendigung in der Freiwilligenarbeit relevant. Die Analysen zeigen die individuelle Bedeutung des Engagements, auch im Kontext der Psychiatrieerfahrung, sowie die Wirkung diesbezüglicher positiver und negativer Erfahrungen auf das Engagement.

Insgesamt beantwortet Dischler ihre Fragestellung positiv: Freiwilligenarbeit trage zu gesellschaftlicher Teilhabe, Sinnstiftung und Kohärenz bei. Sie leitet aus ihrer Forschung die Empfehlung ab, in der Praxis der Freiwilligenarbeit biographische Aspekte zu beachten.

Die vorliegende Arbeit verfolgt den Anspruch, nicht Aspekte oder Motive, sondern biographische Prozesse in ihrer Gesamtheit unter einer abweichenden Fragestellung zu analysieren. Hypothesen, die in Dischlers Studie als Ausgangspunkt der Forschung galten, können in meiner Arbeit die Funktion sensibilisierenden Wissens erfüllen – was nicht ausschließt, dass die eigenen Ergebnisse an ähnliche Wissensbestände anknüpfen. Zunächst sind jedoch das bürgerschaft-



liche Engagement und eine psychische Störung als Elemente der biographischen Konstruktion und deren Bedeutung innerhalb dieser von Interesse.

Während aus Dischlers Studie verschiedene Hinweise auf den Einfluss kollektiver Erfahrungen, insbesondere des Zweiten Weltkrieges, hervorgehen, die jedoch nicht in ihrer Bedeutung berücksichtigt wurden, gilt mein Interesse der Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft – vor dem spezifischen Hintergrund der ostdeutschen Gesellschaft. Daher waren zusätzlich Studien von Bedeutung, die einem dezidiert biographieanalytischen Ansatz in der Engagementforschung folgten.

### *2.1.5 Biographie- und Engagementforschung*

Die biographische Engagementforschung wurde von Gisela Jakobs 1993 veröffentlichter Arbeit wesentlich mitgeprägt, vor allem hinsichtlich der „Biographisierung“ des Engagements. Mit der Intention, methodische und inhaltliche Forschungsmängel zu überwinden und den Wandel des Ehrenamtes empirisch zu untersuchen, rekonstruierte sie 16 Biographien aus dem Ruhrgebiet und der angrenzenden Region. Jakob versteht ehrenamtliches Engagement als Teil des biographischen Prozesses und fragt abweichend zur (quantitativen) Motivabfrage anderer Studien nach den biographischen Erfahrungen und Dispositionen für die Übernahme eines Engagements. Diese vermutete sie in Primärsozialisation, Traditionen und sozialer Milieuzugehörigkeit. Ihre Rekonstruktion des Umgangs mit Krisen und Wendepunkten und die Frage nach der Funktion eines Engagements als eine Art Krisenbearbeitung stellen Anknüpfungspunkte für meine Studie dar. Nach Jakobs Erkenntnissen, trägt Engagement z.B. zur Stabilisierung nach einer psychischen Krise bei (Jakob 1993: 76ff). Die soziale Rahmung durch kollektiv-geschichtliche und gesellschaftliche Ereignisse und deren Auswirkung auf das Engagement geben zudem Hinweise auf die Funktion ehrenamtlichen Engagements zur Schaffung biographischer Kontinuität in gesellschaftlichen Umbruchsituationen – in ihrer Studie nach Ende des Zweiten Weltkrieges (vgl. Jakob 1993: 51ff, 232). Die entlang unterschiedlicher Sinnorientierungen und Verlaufsförmungen konstruierte Typologie (Jakob 1993: 226) variiert zudem nach den Engagementmustern „Selbstbezug“ und „Gemeinsinn“. Selbstbezug bedeute eine „Biographisierung“ des Engagements (ebd.: 280), durch Diskontinuitäten infolge biographischer Brüche und Wendepunkte. Wichtige Impulse für die weitere Biographieforschung (vgl. Miethe 1999; Müller-Botsch 2008; Corsten et al. 2008) gingen von der Erkenntnis aus, dass sinnhaftes ehrenamtliches Handeln zustande kommt, wenn es mit biographischen Handlungsentwürfen und Planungen verbunden werden kann. Engagement kann der Arbeit an der eigenen Biographie

dienen. Auch dies bietet Anknüpfungspunkte für die eigene Forschung, da sowohl eine psychiatrische Diagnose wie auch die gesellschaftliche Transformation als Wendepunkte biographische Thematisierung und Neuorientierung erfordern.

Anknüpfend an Jakobs Arbeit gaben mir zwei weitere Studien wichtige Hinweise und dienten dem Vergleich in der Ergebnisdiskussion, durch ihren biographietheroretischen Bezug zum Engagement und zur Transformation in Ostdeutschland.

Eine im Projekt „Politische Kultur und Bürgerschaftliches Engagement“, als Teilprojekt des Sonderforschungsbereiches 580 „Gesellschaftliche Entwicklung nach dem Systemumbruch“ an der Universität Jena durchgeführte Studie stellt sowohl einen Beitrag zur Engagement-, Biographie- als auch der Transformationsforschung dar (siehe Corsten et al. 2008). Unter Leitung von Michael Corsten, Michael Kauppert und Hartmut Rosa wurden zwischen 2001 und 2007 in je zwei ost- und westdeutschen Städten biographisch-narrative Interviews mit 80 Engagierten in fünf Engagementfeldern geführt. Für die vorliegende Arbeit sind als Vergleichsmaßstab die ostspezifischen Ergebnisse sowie die zentrale These des biographischen Bezugs der Motive für bürgerschaftliches Engagement von Bedeutung.

Die AutorInnen halten weder generelle Motive und allgemeine gesellschaftspolitische Haltungen wie Zivilcourage und Bürgersinn, noch rationale Kosten-Nutzen-Kalkulation als hinreichende Erklärungen dafür, warum sich jemand engagiert (vgl. Giegel 2002: 43-47; Corsten et al. 2008: 227). Wenn sich Menschen „trotz des Missverhältnisses von Aufwand und Ertrag“ (Corsten et al. 2008: 9) freiwillig engagieren, müsse bürgerschaftliches Engagement zu ihrem Selbstverständnis gehören. Der Differenziertheit freiwilliger sozialer Aktivitäten, der biographischen Genese der Beweggründe und der Handlungslogik der AkteurInnen wird ein komplexes Modell „biographisch relevanter Entscheidungen“ gerecht (Corsten/Kauppert 2007: 346). Hierbei sind der „Wir-Sinn“ und „fokussierte Motive“ maßgebliche Quellen des Engagements, die in einem Wechselverhältnis zur jeweiligen gesamtbiographischen Orientierung stehen. Der „Wir-Sinn“ führt dazu, dass AkteurInnen sich auf die Logik bestimmter Formen sozialer Gemeinschaft ausrichten. Auf der Grundlage biographischer Erfahrungen wendet sich jemand z.B. dem Feld der Jugendhilfe oder der Kulturpflege zu, ohne dabei die eigene Aktivität als Beitrag zu einem größeren, überindividuellen Gemeinwesen zu reflektieren. Wenn AkteurInnen glauben, etwas in einem „Spiel“ bewirken zu können, werden sie aktiv. „Fokussierte Motive“ sind anders als singuläre und abstrakte Motive wie „Spaß haben“ in der grundlegenden Ausrichtung der Lebenspraxis verankert. Sie sind weder dem/r AkteurIn selbst bewusst noch für BeobachterInnen als solche sichtbar, sondern kommen erst in der

Entscheidungssituation zum Tragen. Dann erhält ein/e AkteurIn Klarheit, warum es ihm/ihr geht.

Der Ost-West-Vergleich zeigt die Rolle des Engagements nach 1989 auf – für die Bearbeitung prekär gewordener Erwerbsbiographien (Corsten et al 2008: 209), den Übergang in eine nachberufliche Lebensphase (ebd.: 132, 194; Gudulas 2002: 13ff; Kauppert 2002: 18ff) oder zur Herstellung biographischer Kontinuität. Dabei knüpfen die Engagierten zum Teil an Engagement bzw. Partizipation in DDR-Organisationen oder berufliche Erfahrungen und Kompetenzen an. Es geht hierbei auch darum, Exklusion zu vermeiden und sich Inklusion zu versichern (Corsten et al. 2008: 140), für sich wie auch für die Adressaten des Engagements (ebd.: 103, 209).

Ingrid Miethes Studie (Miethe 1999), welche Biographie- und Transformationsforschung mit der Erforschung sozialer Bewegungen verknüpft, ist für die eigene Untersuchung insofern von großem Interesse, als mit der Bürgerbewegung prinzipiell alle DDR-BürgerInnen konfrontiert wurden. Zudem ist die Selbsthilfe, als relevantes Handlungsfeld psychisch erkrankter Menschen ein spezifischer Teil Neuer Sozialer Bewegungen (NSB) (siehe Kapitel 2.4.2.1) – die sich jedoch in ihrer Ausrichtung wiederum von Oppositionsgruppen deutlich unterscheiden.

Miethes Studie zeigt auf, dass auch die Entscheidung, sich einer Sozialen Bewegung anzuschließen und sich in ihr bürgerschaftlich zu engagieren, vor allem anhand der biographischen Konstruktion zu verstehen ist (siehe Miethe 1999; Miethe/Roth 2000: 10) – unabhängig von der inhaltlichen oder politischen Ausrichtung der Bewegung. Die biographischen Fallanalysen belegen das komplexe Zusammenwirken familiengeschichtlicher Erfahrungen und Konstellationen, kollektiver gesellschaftlicher Ereignisse von der Epoche des Nationalsozialismus bis nach 1989 mit individuellen Dispositionen und Präferenzen. Miethe macht zudem die Interdependenz zwischen sozialen Strukturen und den handelnden Individuen empirisch nachvollziehbar, welche die Strukturen interaktiv mit konstituieren und zu ihrer Transformation – in der ostdeutschen Bürgerbewegung – beitragen können (vgl. Miethe/Roth 2000: 13). Für die Mitglieder einer oppositionellen Frauenfriedensgruppe bildete diese nach 1989 nicht mehr den kollektiven Handlungsrahmen für alle Frauen. Das Engagement wurde nach der Wende und Auflösung der Gruppe transformiert. Für den Anschluss an neue Gruppen erwies sich für die Frauen die biographische Funktion des Engagements im Kontext der Familiengeschichte als relevant. Die Auseinandersetzung mit der familiengeschichtlichen Verstrickung in den NS, mit dem DDR-System oder mit familialer Gewalt führte jeweils zu einem anderen Umgang (siehe Typologie Miethe 1999: 234-249). Die herausgearbeitete Bedeutung der Familien- und Lebensgeschichte für die politische Aktivität der Frauen konkretisiert damit

Hinweise der Arbeiten von Jakob (2003) und Corsten et al. (2008) auf die Bedeutung kollektiver Ereignisse. Weiterhin gibt die Studie Hinweise auf das geschlechtsspezifisch hohe Potenzial familialer Gewalterfahrung gegenüber Frauen, psychische Probleme und Erkrankungen, wofür die Gruppe eine kompensatorische Funktion erfüllte.

### *2.1.6 Schlussfolgerungen, Fragen und Hypothesen*

Die Recherche der Forschungsliteratur zeigte ein offensichtliches Desiderat in Bezug auf das soziale Phänomen bürgerschaftliches Engagement psychisch erkrankter, ostdeutscher Menschen auf. Wichtige Impulse für die eigene Erforschung dessen gehen vor allem von jenen Studien aus, welche den Anspruch einer akteurszentrierten Perspektive einnahmen bzw. Engagement aus biographietheoretischer Sicht untersuchten. Damit zusammenhängend wird die vorliegende Arbeit sowohl für das Verständnis des zu untersuchenden Phänomens als auch für die methodologische Einbettung im Sozialkonstruktivismus (Schütz/Luckmann), der phänomenologisch orientierten Wissenssoziologie (Berger/Luckmann; siehe dazu Kapitel 2.2.1) und dem Symbolischen Interaktionismus in der Tradition von George Herbert Mead, Herbert Blumer sowie Anselm Strauss verortet. Diese gehen davon aus, Situationsdefinition und die Bedeutung der Dinge für Menschen zu berücksichtigen, welche jeweils in der sozialen Interaktion ausgehandelt werden. Das Handeln wird in diesem Verständnis nicht durch Strukturen determiniert, sondern ist wandelbar und prinzipiell offen (siehe Blumer 2004).

Damit besteht die Chance, Erkenntnisse der quantitativen Engagementforschung anhand eigener Ergebnisse mittels interpretativer Sozialforschung vergleichbar zu machen und über ein situatives und normatives Verständnis bürgerschaftlichen Engagements hinaus zu erweitern. Der Anspruch besteht hierbei zudem in der Synthese der zumeist getrennt erforschten Phänomene bürgerschaftliches Engagement, psychische Gesundheit und Krankheit sowie gesellschaftliche Transformation in Ostdeutschland in *einer* Untersuchung. Hierfür wird die Methode der biographischen Selbstpräsentation und der biographischen Fallrekonstruktion (Rosenthal 2011; siehe Kapitel 3.8) für geeignet erachtet, welche die Verknüpfung der drei Analyseebenen im Kontext individueller Lebensgeschichten sowie der Familien- und Gesellschaftsgeschichte ermöglicht. Im Anschluss an entsprechende biographietheoretische Arbeiten werden sowohl individuelle Deutungen, Bedeutungen und Handlungsmuster prinzipiell aller Engagementbereiche und -formen als auch deren (familien-)biographische Genese berücksichtigt. Somit wird diese Arbeit auch dem sozialpolitischen Interesse nach

Wissenszuwachs zur sozialen Situation chronisch (psychisch) kranker Menschen und speziell zu ihrem Engagement und ihrer sozialen Integration gerecht. Gleichermaßen besteht der Anspruch, dezidiert auf die besonderen Bedingungen Ostdeutschlands einzugehen und damit die Transformationsforschung zu bereichern. Somit kann Fragen nach der Bedeutung und dem Umgang mit der DDR-Sozialisation und der Systemloyalität für das Engagement nachgegangen werden. Die Rolle und Funktion der Selbsthilfe und anderer NSB kann ebenso beleuchtet werden, wie deren Effekte auf die Lebensbewältigung allgemein und die (psychische) Gesundheit speziell, eingebettet in die vielseitigen Wechselwirkungen zwischen Familie, Erwerbsarbeit, Gesundheitssystem und Politik.

Die vorangegangene Auseinandersetzung wirft einige konkretere Fragen hinsichtlich der Integration psychisch Kranker in Erwerbsarbeit und Engagement im Hinblick auf ihr Erleben dessen und ihre dafür verfügbaren Ressourcen auf: Inwieweit sind sie exklusionsgefährdeten Gruppen zuzurechnen? Verfügen diejenigen, die sich unter erschwerten Bedingungen engagieren, über ganz besondere Kompetenzen und Ressourcen und entwickeln sich so von „engagementfernen“ zu engagierten Menschen? Sind sie dadurch gegebenenfalls resistent gegenüber Ausschlusstendenzen und wehren negativ konnotierte gesellschaftliche Zuschreibungen ab? Sie könnten Exklusionsgefährdungen „*aktiv-partizipatorisch*“ bearbeiten und ihren „*gefährdeten Bürgerstatus revitalisieren*“ (Dörre 2006: 7-14). Als weitere Hypothese könnten derart aktiv engagierte und öffentlich handelnde, psychisch erkrankte Menschen ggf. korrigierend auf das gesellschaftliche Bild und damit Diskurse (siehe dazu Kapitel 2.2.2, 2.3.4.1) einwirken.

Die vorliegende Arbeit zielt damit insgesamt auf die Exploration eines bislang nicht untersuchten Forschungssegments im Schnittpunkt mehrerer soziologischer Teildisziplinen. Entsprechend der Forschungsfragen nach der biographischen Genese des Engagements sowie der strukturellen Bedeutung der Erkrankung und der Transformation sind sehr unterschiedliche Anknüpfungspunkte zu erwarten. Die im Verlauf der Untersuchung konstruierten distinkten Typen biographischer Handlungsverläufe des Engagements greifen diese in wichtigen Aspekten auf.

## 2.2 Theoretische Grundlagenkonzepte

Im Folgenden führe ich einige theoretische Konzepte ein, auf die ich mich wiederholt beziehe. Daher sind meine Ausführungen knapp gehalten und erheben keinen Anspruch auf umfassende Darstellung und Diskussion. Ebenso wie die im gesamten Kapitel 2 folgenden Bezüge zu theoretischen Konzepten sind diese

nicht – wie in zahlreichen Qualifikationsarbeiten üblich – als Theorie anzusehen, die es zu verifizieren oder zu erweitern gilt. Sie erfüllen für mich die Funktion, meine Arbeit auf eine methodologische Grundlage zu stellen sowie vorhandenes Wissen auszuwählen und sinnvoll zu strukturieren.

### 2.2.1 *Phänomenologie, Wissenssoziologie und Sozialkonstruktivismus*

Eine bedeutsame Grundlage meiner Arbeit stellt der Sozialkonstruktivismus dar, auf den sich die spätere Wissenssoziologie und darauf aufbauende Methodologien gründeten. Ebenso knüpfte ich an handlungstheoretische Annahmen in dieser Tradition an.

Die phänomenologische Soziologie wurde von Alfred Schütz (1899-1959) mit seinen Analysen zur Konstitution der Lebenswelt begründet. Sein Schüler Thomas Luckmann veröffentlichte die fragmentarisch hinterlassenen Arbeiten unter dem Titel *„Strukturen der Lebenswelt“* (Schütz/Luckmann 1975, 1984). In seinen Studien ging es um eine phänomenologische Fundierung der soziologischen Grundlagen von Max Weber. Er knüpfte dabei an Max Webers berühmte Definition sozialen Handelns (Weber 1922) an und überwand dessen fehlende Klärung des subjektiven Sinns. Dabei ging er der Frage nach, wie Selbst- und Fremdverstehen in der intersubjektiv geteilten alltäglichen Lebenswelt möglich sein können. Diese ist der zentrale Ort des wirksamen Handelns mit anderen Menschen. Schütz übernahm den Begriff der Lebenswelt aus der Transzendentalphilosophie Edmund Husserls, der hiermit die selbstverständlich gegebene und damit unbefragte Wirklichkeit kennzeichnete (Husserl 2009 [1913]: 56ff), in die soziologische Analyse und Theorie. Damit begründete er einen fundamentalen verstehenden Zugang zu menschlichem Denken und Handeln. Menschen werden in eine historisch bestimmte Situation der Lebenswelt hineingeboren und müssen sich zurechtfinden. Sie handeln daher in ihr in einer „natürlichen Einstellung“, dem „pragmatischen Motiv“ folgend (Schütz/Luckmann 2003: 32f).

Die Phänomenologie geht von der Wirklichkeitskonstitution im Bewusstsein eines Menschen aus. Dieses kann demnach nicht unabhängig von der objektiv existierenden Welt verstanden werden, sondern stets als Bewusstsein *von* etwas (Berger/Luckmann 2009 [1966]: 23). Aufgrund der Intentionalität (ebd.) richtet jeder Mensch das Bewusstsein auf andere Dinge, Bestandteile oder Aspekte der Lebenswelt. Dies wird durch die Komplexität und die davon abgeleitete notwendige Reduktion durch Auswahl und Akte der Hinwendung verständlich. Daher kann es nicht nur eine Wirklichkeit geben. Im Bewusstsein konstituieren sich verschiedene Wirklichkeiten, die in Zusammenhang mit der Erfahrung der Alltagswelt stehen. Einer Erfahrung wird Sinn verliehen, indem sich diese im

Bewusstseinsstrom (Husserl 2009) eines Menschen von anderen Erfahrungen abhebt bzw. zu diesen in Beziehung gesetzt wird. So wird die Wirklichkeit gleichzeitig konstruiert. In der reflexiven, intentionalen Zuwendung zu einer Erfahrung wird diese ausgelegt, das heißt mit Sinn versehen. Sinn ist daher gleichzeitig mit Wissen verbunden, welches jemand durch Erfahrung in der Alltagswelt erworben hat. Handeln unterscheidet sich bei Schütz bzw. Luckmann von Erfahrung in der zeitlichen Relevanz. Es ist auf die Zukunft gerichtet und orientiert sich damit am Entwurf einer vorweggenommenen Erfahrung („um-zu-Motiv“). Erst der abgeschlossene Vollzug des Handelns bzw. die Zielerreichung wird als Handlung bezeichnet. Aus dieser Position ist eine reflexive Hinwendung auf die Abfolge der Teilhandlungen möglich. Dann erschließt sich der Sinn einer Handlung („weil-Motiv“) (Schütz/Luckmann 2003: 465-475; Luckmann 1992: 56ff).

Für Schütz sind Sinn und Handeln untrennbar miteinander verbunden, da das Handeln von Wissen geleitet wird und gleichermaßen neues (Erfahrungs-) Wissen generiert. Wissen ist in hohem Maße sozial abgeleitet, wird also von Bezugspersonen übernommen und im subjektiven Wissensvorrat abgelagert. So wird es handlungsleitend (siehe Berger/Luckmann 2009)<sup>22</sup>. Schütz hat herausgearbeitet, wie trotz der subjektiven Konstitution und Konstruktion von Wirklichkeit intersubjektives Verstehen des gemeinten Sinns und gemeinsames Handeln in einer Gesellschaft möglich sind. Dafür sind folgende Prämissen bedeutsam:

- die Idealisierungen der Vertauschbarkeit der Standpunkte und Kongruenz der Relevanzsysteme,
- die Voraussetzung von Kommunikation für Handeln und Wissensverteilung – wozu neben der Sprache auch Symbole, andere Zeichensysteme und weitere Objektivationen von Wissen zählen,
- die Typisierung von Erfahrungen, Handlungen und Wissen, das heißt eine Reduktion auf wesentliche Kerne unter Weglassung anderer Eigenschaften und Bestandteile.

Die Grundsätze gelten für die Interpretation und das Verstehen in der Alltagswelt ebenso wie in der Wissenschaft. Letztere muss der Strukturiertheit der sozialen Welt wie auch der Prozesshaftigkeit des menschlichen Handelns gerecht werden und daher im Erkenntnisprozess daran ansetzen.

---

22 Peter L. Berger – ein weiterer Schüler von Schütz – und Thomas Luckmann knüpften hier mit der phänomenologisch fundierten Wissenssoziologie an, die von der „gesellschaftliche[n] Konstruktion der Wirklichkeit“ ausgeht (Berger/Luckmann 2009). Diese befasst sich damit, wie Wissen erworben, sozial verteilt, angewendet und erweitert wird – also wie objektive Wissensstrukturen subjektiviert werden und auf objektive Strukturen zurückwirken.

Berger/Luckmann gehen grundlegenden Fragen nach dem dialektischen Bezug zwischen der Alltagswelt als unhinterfragtem Hintergrund des menschlichen Handelns und der menschlichen Rolle an ihrer Herstellung nach. Hierbei spielt der Begriff der sinnhaften Ordnung eine Rolle. Jeder Mensch findet bei seiner Geburt eine bestehende Wirklichkeit der Alltagswelt vor, die bereits vorgeordnet ist und seine Orientierungsbasis bildet. Auf diese Weise ist er in einen zeitlich übergeordneten Zusammenhang mit seinen Vorgängern und Nachfolgern eingebunden. Eine bestehende Ordnung unmittelbarer und ihr zugehöriger Wissensbestände wird im Prozess der „primären“ und „sekundären Sozialisation“ vermittelt (Berger/Luckmann 2009: 139-157). Von Geburt an kommt der Sprache eine herausragende Rolle in der objektivierten Vermittlung der Wirklichkeit zu. Sie *„markiert das Koordinatensystem meines Lebens in der Gesellschaft und füllt sie mit sinnhaltigen Objekten“* (Berger/Luckmann 2009: 25). In der primären Sozialisation wird ein Lernprozess durchlaufen, der von der Weltsicht der maßgeblichen Bindungspersonen, den signifikanten Anderen<sup>23</sup>, geprägt ist. An ein so erreichtes Bewusstsein von Wirklichkeit schließt die sekundäre Sozialisation in Teilbereiche der Wirklichkeit an, die je nach gesellschaftlicher Differenzierung rollenspezifisches Wissen vermitteln. In diesem prinzipiell nie abgeschlossenen Prozess verinnerlicht bzw. internalisiert ein Mensch institutionalisierte Regeln und wird damit Mitglied einer Gesellschaft (Berger/Luckmann 2009: 139-157). Während der Sozialisation vermittelte Legitimationen unterstützen die Internalisierung (ebd.: 98-112). Dies geschieht nicht durch passive Rezeption, sondern auf dem Weg der körperlichen und mentalen „Entäußerung“ in die Strukturen und Lebensformen der Welt. Damit sind Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Gestaltung der Gesellschaft bzw. der Schaffung von Objektivationen beteiligt. Dies ist ihnen jedoch nicht immer bewusst. Stattdessen erleben sie diese im zunehmend als verdinglichte Naturtatsachen außerhalb des persönlichen Einflussbereichs (ebd.: 94-96).

Die grundlegende gesellschaftliche Interaktionsform stellt die Vis-a-vis-Situation dar (Berger/Luckmann 2009: 35). Da ständige Reflexion im Handlungsvollzug nicht möglich ist, wirkt es entlastend, dass man sich im Allgemeinen pragmatisch auf die intersubjektiv geteilten Interpretations- und Kommunikationshintergründe verlassen kann. So können sich InteraktionspartnerInnen wechselseitig aneinander als „Typen“ mit bestimmten Handlungsabläufen orientieren bzw. reflexiv aufeinander beziehen. Indem individuelles Handeln wiederholt und erfolgreich durch Bestätigung gesichert wird, wird es zu Routine bzw.

---

23 Hierbei knüpfen Berger/Luckmann an Konzepte und Begriffe des symbolischen Interaktionismus von George Herbert Mead (1963-1931) an. Signifikant sind Andere in diesem Kontext, indem sie maßgeblich prägend am interaktiven Erwerb gesellschaftlicher Rollen und der Identitätsentwicklung eines Kindes beteiligt sind (Mead 1991: 180, 187-194 [1934]).



habitualisiert (ebd.: 57). Im fortlaufenden Prozess entstehen so gesellschaftliche Institutionen, die an nachfolgende Generationen weitervermittelt werden. Diese können den Ursprung der Institutionen jedoch nicht mehr nachvollziehen. Institutionen werden dann im Sinne von „so macht man das“ als objektive, faktische Tatsachen anerkannt. Sie bilden einen Rahmen für das gesellschaftliche Leben. Gleichzeitig haben sie schon allein durch ihre Existenz einen kontrollierenden Charakter (ebd.: 59).

Problematisch werden jedoch Situationen und Erfahrungen, welche die Routine durchbrechen, die außergewöhnlich oder nichtalltätlich sind oder in einer nicht geteilten Lebenswelt entstehen. Letztere hat Schütz in seinen Aufsätzen „Der Fremde“ (Schütz 1972: 53-69) und „Der Heimkehrer“ (ebd.: 70-84) verarbeitet. Solche Situationen wie Migration, gesellschaftliche Umbrüche oder psychisches Gestört-Sein können Fremdheit zu den Mitmenschen bewirken und erfordern Neuorientierung, Wissenstransformation und Neuaneignung. Sie stellen Krisen oder Grenzsituationen dar, in denen die Gewissheit der Wirklichkeitsbestimmung ins Wanken gerät. Eine psychische Störung wird auf der Legitimationsebene der symbolischen Sinnwelten (Berger/Luckmann 2009: 108), als die unter anderem die Psychiatrie gilt (ebd.: 107ff), in das umfassende soziale Bezugssystem gestellt. Die Störung nimmt auf der Grundlage ihres Spezialwissens eine spezifisch gerichtete Definition der Wirklichkeit vor. „Auf der Ebene der Theorie kann Wissen weitgehend von biographischen und gesellschaftlichen Interessen des Wissenden losgelöst sein.“ (ebd.: 92). Problematisch kann hierbei sein, dass unberücksichtigt bleibt, inwieweit sich die Wirklichkeitsbestimmung eines Menschen und deren psychische Repräsentation auf die gegenwärtige oder eine frühere Gesellschaft bezieht. Entsprechend der phänomenologisch fundierten Wissenssoziologie können Bewusstseinsinhalte erstens auf der Hinwendung zu sowohl *äußeren* wie auch *inneren* Gegebenheiten resultieren. Zweitens können sie nichts anderes als die Verarbeitung einer jeweilig vorgefundenen Wirklichkeit auf der Grundlage des verfügbaren Wissens sein. Daher kommt es auf die Abweichung einer subjektiven Wirklichkeitsbestimmung von der in einer jeweiligen gesellschaftlichen Situation als Gewissheit geltenden an (ebd.: 187). Als Experten verfügt das Personal der Psychiatrie/Psychologie über theoretische „*Interpretationsschemata für problematische Fälle*“ (Berger/Luckmann 2009: 188). Diese Schemata benötigen jedoch einen gesellschaftlichen Zusammenhang, in dem die Theorie Bestandteil der subjektiven und objektiven Wirklichkeit ist. Da zwischen Theorie und der Welt, die von dieser interpretiert und konstruiert wird, ein dialektisches Verhältnis besteht (ebd.: 190), verändert sich Psychologie im Zuge der Veränderungen der psychischen Wirklichkeit aufgrund gesellschaftlichen Wandels mit. Sie generiert entsprechend neue Theorien, welche die Abweichung eines Menschen von anerkannten Wirklichkeitsbestimmungen „erklä-

ren“ und entwickelt Verfahren der Resozialisierung, wie z.B. Psychotherapie. Subjektive Wirklichkeit wird hierbei gegebenenfalls (teil-)transformiert. Diese Theorien haben damit die „*Macht, Wirklichkeit zu setzen*“ (ebd.: 191) und gesellschaftlichen Interessen zu dienen, z.B. der Kontrolle von Abweichungen von der geltenden Wirklichkeitsbestimmung (ebd.: 121-122).

In der Alltagswelt wird diese Macht durch die entsprechende Selbst- und Fremdtypisierung real. Durch die hierbei wirkende intentionale Ausrichtung des Bewusstseins auf bestimmte Aspekte und Zusammenhänge werden andere ausgeklammert oder neu in Beziehung zu (Erfahrungs-)Wissen gesetzt. In der Vis-a-vis-Situation besteht aufgrund der direkten sozialen Begegnung zwischen Menschen die Chance, derartige Typisierungen zu korrigieren oder zu ergänzen. „*Die Vis-a-vis-Situation verschafft mir die direkte Evidenz meines Mitmenschen, seiner Handlungen, seiner Eigenschaften*“ (Berger/Luckmann 2009: 35). So kann z.B. ein/e typische PsychiatriepatientIn in anderen Facetten ihres Menschseins, z.B. auch als Typus einer/s bürgerschaftlich Engagierten mit typischem Handeln wahrgenommen und „erkannt“ werden. Eine notwendige Voraussetzung dafür ist, die Intention des Bewusstseins auf entsprechende Aspekte eines Menschen und seinen Bezug zur Mitwelt zu richten.

Berger und Luckmann haben auf die Unterscheidung zwischen Alltags- und Spezialwissen sowie dessen Strukturierung und Verteilung hingewiesen (Berger/Luckmann 2009: 43-48; 144). Wirklichkeitskonstruktionen können normativen Charakter annehmen. Die Strukturierung, Verfügbarkeit bzw. der Ausschluss von Wissen hängen von gesellschaftlichen (Macht-)Positionen ab.

### 2.2.2 Diskurs

Auf die gesellschaftlichen Instrumente der Produktion und Konstruktion von gesellschaftlicher Wirklichkeit und von Wissen bezieht sich auch das theoretische Konzept des Diskurses. Die vorliegende Arbeit beinhaltet zwar keine Diskursanalyse. Es wird jedoch verschiedentlich auf Diskurse Bezug genommen. Da Diskurse bis „*in einzelne Lebens- und Handlungsgeschichten ihre Wirkungsmacht entfalten*“ (Völter/Rosenthal 2011: 231) und somit auch in biographischen Selbstzeugnissen erkennbar werden, lege ich kurz das zugrunde liegende Verständnis dar.

Von Diskursen wird im Sinne der von Michel Foucault begründeten Diskurstheorie (vgl. Keller 2011: 43-53; Bublitz 2003; Sarrasin 2012) und deren Weiterentwicklung in der wissenssoziologischen Diskursanalyse, wie sie von Reiner Keller vertreten wird (vgl. Keller 2011; Waldschmidt/Schneider 2007), gesprochen. Neben Foucaults Schrift „Die Ordnung des Diskurses“ ist für die

vorliegende Arbeit die genealogische Studie „Wahnsinn und Gesellschaft“ thematisch relevant. Letztere zeichnet die historische Entwicklung nach, die zur Etablierung der gesellschaftlich konstruierten und legitimierten Institution Psychiatrie führte (siehe Kapitel 2.3). Am Beispiel des gesellschaftlichen Umgangs mit psychisch abweichenden Menschen vollzieht Foucault nach, wie diese gesellschaftlich als Kranke – und damit medizinisch, in speziellen Krankenhäusern zu Behandelnde – konstruiert wurden. Der entsprechende Diskurs umfasst nach Foucault sowohl die jeweils gültigen und vorherrschenden Gesamtheiten von Zeichen und Repräsentationen über bestimmte Themen in sozialen Feldern als auch die *„Praktiken, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“* (Foucault 1969: 74). Hierzu zählen z.B. das Spezialwissen des medizinisch-wissenschaftlichen Diskurses der Psychiatrie in Form der Krankheitsklassifikationen, davon abgeleitete Behandlungsformen und die psychiatrischen Kliniken (siehe Kapitel 2.3). Diese regeln, was über psychische Störungen, die betroffenen Menschen und den Umgang mit ihnen wie gesagt oder nicht gesagt wird bzw. gesagt werden darf, was z.B. als institutionalisiertes Wissen Eingang in Lehrbücher, Gesetze, Akten oder öffentliche Medienprodukte findet und welches Wissen dabei systematisch unberücksichtigt bleibt. Damit entfalten Diskurse Macht, indem sie etwa im medizinisch-psychiatrischen Diskurs über die Zuschreibung von Gesundheit und Krankheit entscheiden, psychische Krankheit im Gehirn lokalisieren und die Selbstdeutung der so definierten Menschen ebenso wie ihr Handeln sowie das der in diesem Feld Tätigen mitbestimmt. Damit werden solche und andere Diskurse gesellschaftlich wirksam und entfalten ihr Machtpotenzial auch im Hinblick auf Inklusion und Exklusion – bis hin zur Tötung der diagnostizierten Menschen (siehe Kapitel 2.3.5.1).

In biographischen Erzählungen zeigt sich, inwieweit verschiedene Diskurse von einzelnen AkteurInnen aufgenommen, reproduziert oder transformiert werden.

*„Diskurse werden in der WDA als strukturierte Formen oder Praktiken der Zeichenverwendung, Wissenszirkulation und Realitätskonstitution begriffen. Sie werden von sozialen Akteuren in der Einnahme von Sprecherrollen produziert, reproduziert und auch transformiert ohne dass diesen Akteuren die volle Kontrolle über einen Diskurs und seinen Verlauf zugesprochen werden kann. Soziale Akteure sind jedoch nicht die Marionetten oder ‚kulturellen Deppen‘ der Diskurse, sondern mit kreativer Deutungs- und Handlungsfähigkeit ausgestattet. Menschen machen ihre Diskurse, wenn auch nicht unter selbstgewählten Umständen, sondern unter der Last der bestehenden Diskursverhältnisse. Der Diskursbegriff der WDA bezieht sich sowohl auf Spezialdiskurse wie auch öffentliche Diskurse.“* (Keller 2010: 70)

Die wissenssoziologische Weiterentwicklung der Diskurstheorie zeigt auf, dass Menschen den Diskursen nicht in jedem Fall hilflos ausgeliefert sind, sondern an

ihrer Konstruktion beteiligt sind. Über die soziale Interaktion und das Handeln füllen sie die einem Diskurs zugehörigen Wissenssysteme gewissermaßen mit Leben und wirken darauf ein. So kann jemand die Diagnose einer psychischen Störung gegebenenfalls akzeptieren, jedoch ebenso eigene, z.B. religiöse Deutungen, finden und sein Handeln nicht den jeweiligen wissenschaftlichen Zuschreibungen unterwerfen. Dies ist jedoch nicht leicht, da die Spezialdiskurse der Wissenschaften auch Eingang in öffentliche und mediale Diskurse finden und somit auch in der Alltagskommunikation weiterwirken (siehe Kapitel 2.3.4.2).

Bestimmte Diskurse eröffnen auch die Chance, gesellschaftlich positiv konnotierten Handlungsmustern zu folgen. Bürgerschaftliches Engagement – welches in dieser Arbeit untersucht wird – gilt im politischen Diskurs der Zivilgesellschaft als ein solches Handlungsmuster, indem es z.B. zum gesellschaftlichen Zusammenhalt in der Demokratie beiträgt, wichtige Aufgabenbereiche zwischen Staat, Wirtschaft und Privatsphäre übernimmt und hierbei als Frühwarnsystem sozialer Problemlagen wirkt. Diesen Diskurs kennzeichnet jedoch ebenso eine theoretische Breite und unscharfe bzw. mehrdeutige Definition gesellschaftlichen Engagements in der Zivilgesellschaft (vgl. Klein 2000; siehe Kapitel 2.4.1).

In der vorliegenden Arbeit wird vor allem auf wissenschaftliche, politische und mediale Diskurse Bezug genommen. Der Diskursbegriff dient als Fokus darauf, wie und welche Wissensbestände der Psychiatrie und des bürgerschaftlichen Engagements sich unter gesellschaftlich wandelnden Bedingungen konstituieren und Macht ausüben können (Kapitel 2.3 und 2.4) bzw. welche Rolle sie in den Biographien der AkteurInnen spielen (Kapitel 4 und 5). Hierbei wird auch danach geschaut, ob und welche Bestandteile weiterer Diskurse auffindbar sind.

### 2.2.3 Inklusion und Exklusion

Der strukturelle und machtausübende Aspekt spezieller Diskurse wird unter anderem daran deutlich, wie diese zur gesellschaftlichen Integration beitragen oder diese behindern. Zur Bestimmung des Status gesellschaftlicher Integration von Individuen und sozialen Gruppen hat sich das Begriffspaar der Inklusion und Exklusion etabliert, welche jeweils einen gegensätzlichen Pol kennzeichnen (vgl. z.B. Nassehi 2008; Stichweh/Windolf 2009). Indem Inklusion/Exklusion in den vergangenen zwei bis drei Dekaden Bedeutung „als diskursive Gegensatzpaare bzw. Dichotomien der Ungleichheitsordnung von Gesellschaften“ (Keupp/Schneider 2014) erlangten, fanden sie Eingang in den gesellschaftlichen Umgang mit chronisch (psychisch) kranken Menschen – die als behindert gelten (siehe Kapitel 2.3) – und den politischen Diskurs zu ihrer gleichberechtigten Teilhabe bzw. Inklusion. Inklusion markiert idealtypische gesellschaftliche Zustände. Ex-

klusion macht hingegen auf Risiken, soziale Ungleichheiten und Spaltungsprozesse in der Moderne aufmerksam, wovon unter anderem psychisch erkrankte Menschen besonders bedroht sind. Da sie im Vergleich zu „Gesunden“ häufiger ihre Erwerbsarbeit verlieren, sind psychisch erkrankte Menschen tendenziell stärker von Abstiegsprozessen betroffen. Ehemaligen DDR-BürgerInnen (TeilnehmerInnen meiner Studie) drohte zudem während der gesellschaftlichen Transformation verstärkt der Verlust der Erwerbsarbeit.

Da entsprechend der Studien von Robert Castel soziale Inklusion in den westlichen Gesellschaften anhand der Erwerbsarbeit und des daran gekoppelten Sozialversicherungssystems hergestellt wird (vgl. Castel 2011: 339-346), gilt Inklusion bereits durch den Erwerbsverlust als gefährdet. Zwar gebe es gegenwärtig keine völlige Exklusion aus der Gesellschaft jedoch können hierdurch Kettenreaktionen der Desintegration in anderen Lebensbereichen begünstigt werden. Während des Nationalsozialismus galten psychisch erkrankte Menschen im geltenden psychiatrischen Diskurs sogar als „nicht lebenswert“ und wurden staatlich aktiv exkludiert und sogar getötet (siehe Kapitel 2.3.5.1).

Seit ca. 20 Jahren erfüllen Inklusion und Exklusion die Funktion eines sozialpolitischen „Kampfinstruments“. Durch den engen Bezug zu Erwerbsarbeit werden die Konzepte insbesondere im Zusammenhang mit sozialen Abstiegs- und Desintegrationsprozessen sozialer Gruppen thematisiert, deren Beteiligung an Erwerbsarbeit eingeschränkt oder verhindert ist (vgl. Castel 2000, 2005, 2011; Kronauer 1998, 2014; Bude 2004). Sie fanden Eingang in sozialwissenschaftliche, politische und mediale Diskurse (Keupp/Schneider 2014: 200), deren Schnittmenge die Prekarisierungsdebatte darstellt. Prekarität wird enger oder weiter ausgelegt und entweder durch die soziale Konstruktion der „Ausgeschlossenen“ oder des „abgehängten Prekariats“ am Rande der Gesellschaft (Marchart 2013: 15) bestimmt oder in verschiedenen Zonen der Integration verortet (vgl. Castel 2000; Brinkman et al. 2006).

Potenzial zur Inklusion wird im politischen Diskurs der Zivilgesellschaft bürgerschaftlichem Engagement zugeschrieben (vgl. Klein 2000: 25). Ermächtigung und Selbstorganisation auch tendenziell weniger gut integrierter bzw. ausgeschlossener Gruppen könne demnach zu sozialer Integration beitragen. Inwieweit dies jedoch tatsächlich gesellschaftlich ermöglicht bzw. von den AkteurInnen selbst angestrebt und in welcher Hinsicht erreicht wird, ist Bestandteil der vorliegenden Untersuchung. Die vorab eingeführten Konzepte dienen als sensibilisierende Instrumente, die soziale Situation psychisch erkrankter Menschen sowie das Phänomen „bürgerschaftliches Engagement psychisch erkrankter Menschen“ zu verstehen und aufzuzeigen. Der dynamisch-prozessuale Charakter, der Diskursen (vgl. Foucault, Keller, Völter/Rosenthal) wie auch Inklusion/Exklusion zugeschrieben wird (vgl. Castel, Callies, Kronauer, Dörre), entspricht zu-

dem dem Ansatz der Arbeit, den Prozess der sich transformierenden ostdeutschen Gesellschaft zu berücksichtigen.

In den Kapiteln 2.3, 2.4 und 5 werden bislang nur kurz erwähnte Prozesse und Praktiken der Exklusion psychisch erkrankter Menschen im Zusammenhang mit jeweiligen Diskursen näher ausgeführt. Es geht hierbei um Fragen wie: Welche Diskurse spielten eine Rolle und wie trugen sie zu Exklusion bei? Inwieweit sind die betroffenen Menschen hilflose Opfer sozialer Ausgrenzungspraktiken und von Diskursen oder verfügen sie über Gegenstrategien? Welche Strategien tragen zu Inklusion bei? Besonderes Augenmerk wird darauf gerichtet, was in diesem Zusammenhang das Handlungsmuster bürgerschaftliches Engagement im Diskurs der Zivilgesellschaft bewirken kann.

#### *2.2.4 Sozialkapital*

Das Thema und die Fragestellungen dieser Untersuchung legen nahe, lebensgeschichtlich erworbene Ressourcen für bürgerschaftliches Engagement ebenso zu identifizieren wie den Einfluss des Engagements auf das jeweilige Potenzial an Ressourcen. Hierfür ist insbesondere das erstmals 1983 von Pierre Bourdieu verwendete Konzept des „Sozialkapitals“ hilfreich. Dieses wurde anhand verschiedener Fragestellungen und Bezugsebenen angewendet und vielfältig weiterentwickelt.<sup>24</sup> Im Zusammenhang mit dem Diskurs der Zivilgesellschaft und des bürgerschaftlichen Engagements erlangte die Definition von Robert D. Putnam in den vergangenen 20 Jahren besondere Aufmerksamkeit. Sozialkapital gilt zudem im wissenschaftlichen Diskurs der Gesundheitssoziologie als Ressource und Voraussetzung für (psychische) Gesundheit (vgl. Diewald/Lüdicke 2007; Hartung 2011; Kawachi et al. 2008; Alemndom/Glendon 2008) und Genesungsverläufe.

Bourdieu erweiterte mit dem „sozialen Kapital“ die Ausstattung von Gesellschaftsmitgliedern mit ökonomischem (Geld, Vermögen, Grundbesitz) und kulturellem (individuelle Bildung als „inkorporiertes“ Kapital; kulturelle Güter wie Bilder, Bücher, Lexika, Instrumente; schulische und akademische Titel) Kapital. Er versteht hierunter institutionalisierte Netzwerkbeziehungen sowie zur Verfügung stehendes ökonomisches, kulturelles und symbolisches Kapital (Bourdieu 2009: 119). Als Netzwerkbeziehungen gelten sie auch als Ressourcen für Engagement. Der Umfang individuellen Sozialkapitals hängt davon ab, wie ausgedehnt das Netz der Beziehungen ist und in welchem Umfang die NetzwerkpartnerInnen über alle Kapitalformen verfügen. Hiermit spiegelt das Konzept auch

---

24 Für einen einführenden Überblick siehe Axel Franzen und Markus Freitag (2007: 10f).

den Aspekt der sozialen Ungleichheit, da die jeweilige Verfügbarkeit an Gruppenzugehörigkeiten gebunden ist und in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Macht- und Einflusspositionen steht. Sozialkapital kann damit zur Einschränkung von Chancen und Reproduktion sozialer Ungleichheit beitragen. – Diese eher individualistische Sicht wird in der vorliegenden Arbeit zur Analyse von Ressourcen (für bürgerschaftliches Engagement) und deren Transfer in Beziehungsstrukturen verwendet.

In einer stärker kollektiven Sicht verbindet Putnam mit sozialem Kapital die Elemente soziales Vertrauen, die Norm generalisierter Reziprozität sowie freiwillige Vereinigungen, die soziales Vertrauen aufbauen und die Reziprozität als Norm verinnerlicht haben. Er sieht damit freiwillige Vereinigungen und Netzwerke, wie z.B. Vereine, Bürgerinitiativen, Parteien, Gewerkschaften, als zentrale Quelle für Sozialkapital.

*„Soziale Netzwerke und die damit zusammenhängenden Normen der Gegenseitigkeit lassen sich als soziales 'Kapital' bezeichnen, weil sie – wie physisches und Humankapital (Ausrüstung und Ausbildung) – sowohl individuellen als auch kollektiven Wert schöpfen und weil man in Netzwerke investieren kann.“ (Putnam/Goss 2001: 22)*

Mitglieder solcher Vereinigungen durchlaufen demnach Sozialisationsprozesse, während der sie Kompetenzen wie Initiative, Aufmerksamkeit, Vertrauen und Organisationsfähigkeit sowie Toleranz gegenüber Fremden erwerben und in übergeordnete gesellschaftliche Zusammenhänge übertragen (vgl. Offe/Fuchs 2001: 429). Die damit verbundene normative Erwartung, Menschen würden so zu guten Bürgern, die mit ihren Kompetenzen die Demokratie und damit den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken, wurde mehrfach Angriffspunkt für Kritik am Konzept Putnams. Es sei kaum empirisch nachgewiesen, wie diese Sozialisationsprozesse sich vollziehen, wie der Transfer von den Assoziationen auf die Makroebene vonstatten geht und welche institutionellen Rahmungen zur Bildung und Mehrung von Sozialkapital beitragen (vgl. Braun 2007).

Ohne diese kritische Debatte zu ignorieren oder infrage zu stellen, wird soziales Kapital in der vorliegenden Arbeit als theoretisches Konzept angewendet, um Netzwerkbeziehungen der AkteurInnen zu kennzeichnen, aus denen sie gegebenenfalls weitere Ressourcen gewinnen, z.B. Zugang zu Bildungsabschlüssen und Erwerbsarbeit, zu Mitgliedschaften in Assoziationen und bürgerschaftlichem Engagement. Soziales Kapital wird im Zusammenhang mit dessen Beitrag zu Vertrauen, Anerkennung und sozialer Inklusion thematisiert – hierbei insbesondere mit Blick darauf, welchen InteraktionspartnerInnen und Assoziationen vertraut wird, worin Anerkennung besteht sowie ob und in welche sozialen Felder bzw. Assoziationen die AkteurInnen inkludiert oder auch exkludiert werden. Hierbei wird berücksichtigt, dass Netzwerkbeziehungen, die zur Bildung sozia-

len Kapitals beitragen, während der ganzen Sozialisation in Familie, Bildung und Erwerbsarbeit entstehen – nicht erst bzw. ausschließlich in Formen bürgerschaftlichen Engagements (vgl. Roth 2007: 51).

Für die Frage der Inklusion/Exklusion im Zusammenhang mit bürgerschaftlichem Engagement wird an die vorgeschlagene analytische Differenzierung nach dem Grad der Außen-/Innenorientierung bzw. der Brückenbildung angeknüpft (vgl. Putnam/Goss 2001: 25ff; Kern 2004: 123f). Hierbei wird bindendes Sozialkapital als Netzwerkbeziehung definiert, die eher Menschen mit ähnlichem sozialem Hintergrund zusammenbringt. Jedoch wirken auch in und zwischen den Assoziationen soziale Ungleichheiten weiter (vgl. Roth 2007: 48-51; Vogt 2009). Dadurch besteht gleichermaßen die Gefahr enger sozialer Schließung in exklusiven Gemeinschaften oder der Beschränkung von Chancen der Mitglieder von Assoziationen mit geringer Ausstattung mit (Bildungs-)Kapital – z.B. ethnische Gruppierungen, Langzeitarbeitslose, chronisch kranke Menschen. Brückenbildendes Sozialkapital kann hingegen Statusgrenzen und soziale Differenzen überwinden und zu neuartigen Netzwerkbeziehungen beitragen, die gegebenenfalls verschiedene Ressourcen erweitern.

### 2.3 Psychiatrie und Psychische Störung

Die Diskurse um die Themenfelder „bürgerschaftliches Engagement“ und „Psychiatrie“ stehen sich in gewisser Weise entgegen. Bürgerschaftliches Engagement trägt zur Inklusion sowie gesellschaftlichen Anerkennung bei. Es betont und erweitert außerdem die Ressourcen der AkteurInnen. Der medizinische Diskurs der Psychiatrie unterstützt hingegen tendenziell gesellschaftliche Abwertung, Stigmatisierung und Exklusion, betont Defizite und unterdrückt bisweilen Eigeninitiative (vgl. Finzen 2013; Gaebel et al. 2005). Vor allem kritische (medizin-)soziologische Forschung (vgl. Goffman 1972, 1975; Angermeyer/Matschiniger 1995, 2003; Dellwing/Harbusch 2013) und antipsychiatrische Bewegungen (vgl. Franz 1987; Hellerich 1985; Cooper 1971) haben darauf aufmerksam gemacht sowie alternative Erklärungsmodelle und Behandlungsformen entwickelt. Diese verweisen auf die gesellschaftliche Bedeutung der Psychiatrie, deren Einbindung in die jeweiligen Machtstrukturen und die Kontinuität der gesellschaftlichen Ausgrenzung. Dies wird anhand der historischen Perspektive in Kapitel 2.3.5 aufgezeigt.

Lange Zeit überwogen in der Forschung epidemiologische und ätiologische Fragestellungen, die an psychiatrischen Definitionen ansetzten. Erst die Einbeziehung der Betroffenenperspektive eröffnete den Zugang zu prozesshaften Verläufen sowie der Wechselwirkung verschiedenster Faktoren und Selbstdeutun-



gen. Damit wurde es möglich, Prozesse des Krank- und Gesundwerdens sowie von Ausschluss und Integration aufzuzeigen. Entscheidend dabei war, vollständige Lebensverläufe in den Blick zu nehmen und damit die lange Zeit allein auf die Patientenkarriere praktizierte Fokussierung zu überwinden. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung zeigt sich anhand dieses Kapitels der Zugewinn durch den biographietheoretischen Ansatz.

### 2.3.1 Begriffliche Einordnung und Einführung

Die vorliegende Arbeit knüpft an medizinische und soziologische Theoriekonzepte an. Medizinische Vorstellungen sind hierbei sowohl zur Abgrenzung als auch zwecks Hintergrundwissens bedeutsam. Als Biographieforscherin stelle ich die pathologischen Kategorien jedoch im Forschungsprozess zurück, da es mir um das Fallverstehen geht (Oevermann 1996: 126-127)<sup>25</sup>. Psychische Störungen verstehe ich als spezifische Ausdrucksweise oder, wie es Ronald Laing (1973) formulierte, das „In-der-Welt-Sein“ eines Menschen. Damit vermeide ich die Reproduktion der bereits durch psychiatrische Kategorien erfolgten Etikettierung (Scheff 1980). In Studien, Literatur und Medien wird dieser Effekt häufig durch Bezeichnungen wie „der Schizophrene“, „der Depressive“ oder „Verrückte“ reproduziert. Deshalb spreche ich – ähnlich wie Gerhard Riemann (1987) – von Menschen mit der Diagnose einer psychischen Störung, ohne die Diagnose zu bestätigen oder in Frage zu stellen. Mir geht es mehr um die Bedeutung und Folgen einer solchen Diagnose, der manifesten Erkrankung als Krisensituation wie auch als Chance für das Individuum. Über die bürgerschaftlich Engagierten spreche ich nur dann mit dem Zusatz „...mit psychiatrischer Diagnose“, wenn es um die Abgrenzung von anderen Forschungsarbeiten und Personengruppen geht.

Den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO folgend, wird im Diskurs der Psychiatrie aktuell der Begriff psychische Störung verwendet (Dilling et al. 2011). Die gesellschaftlich dafür konstruierten Krankheitskategorien erfüllen aus soziologischer Perspektive die Funktion, jeweils gültige Vorstellungen und Definitionen sozialer Normalität zu spiegeln, diese zu überwachen und wiederherzustellen. Als krankheitsrelevant gelten bzw. galten jeweils von der sozialen Norm abweichende, unerklärliche oder unmoralische Verhaltensweisen und Einstellungen. Damit ist oft eine Ambivalenz verbunden. Jemand kann „Opfer einer sozialen Zuschreibung“ sein und gleichzeitig „durch die Krankenrolle entlastet“ werden (vgl. Dellwing/Harbusch 2013: 17; Groenemeyer 2008: 125).

---

25 Wie Michael Dellwing und Martin Harbusch (2013) konstatieren, sind derartige soziologische Arbeiten in den vergangenen Jahren rar geworden (Dellwing/Harbusch 2013: 13).

Die Reduktion der gesamten Lebenswirklichkeit eines Menschen durch die jeweilige medizinische Diagnose auf die Pathogenese erachte ich als problematisch. Durch die Einordnung eines sozialen Phänomens in die dichotomen Raster von Normalität/Anormalität bzw. Gesundheit/Krankheit werden die betroffenen Menschen zu PsychiatriepatientInnen und AdressatInnen wohlfahrtsstaatlicher Hilfen.

Normalität/Anormalität sozialer Handlungen bzw. Krankheit/Gesundheit stellen in der Perspektive des Sozialkonstruktivismus (siehe Kapitel 2.2.1) gesellschaftliche Konstruktionen dar. Diese sind in einer jeweiligen historischen Epoche Bestandteil des intersubjektiv geteilten Wissens. Gesundheit als gesellschaftlich gültige Norm bzw. Krankheit als unerwünschter bedrohlicher Zustand und Abweichung von dieser Norm gewann in Europa Ende des 18. Jahrhunderts (wieder) an Bedeutung<sup>26</sup>. In den vergangenen Jahrzehnten wurden gesundheitliche Risiken gesellschaftlicher Modernisierung unter anderem im weltweiten Anstieg psychischer Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Skelettsystems registriert (Schott/Hornberg 2011: 15; Hurrelmann 1991: 38ff). Gesundheit erfährt daher auf gesellschaftlicher wie auch individueller Ebene Aufmerksamkeit und Aufwertung. Die „Hegemonie der Gesundheit“ (Brunnett 2009) wurde so in gewissem Sinn zu einer Form von Kapital, das es zu erhalten, optimieren bzw. wiederherzustellen gilt (Brunnett 2013: 165). Im marktorientierten, neoliberalen Kapitalismus ist Gesundheit mit der Fähigkeit zur Erwerbsbeteiligung oder drohendem Ausschluss und Abwertung verknüpft (ebd.:171-173; Mansel/Endrikat 2007: 165-167). Gesundheitliche Selbstoptimierung kann so als Normalisierung im Sinne von Foucault (1976, 1978) verstanden werden.

Das Phänomen krankheitsrelevanter Symptome und gesundheitsrelevanten Handelns in seinem lebens- und familiengeschichtlichen Entstehungszusammenhang bzw. der Sozialisation berücksichtigt dabei den jeweiligen historischen Kontext. Sozialisationsbedingungen verstehe ich nicht als Determinanten späteren Erlebens und Handelns, sondern in ihrer Dynamik. Ohne belastende Sozialisationsbedingungen außer Acht zu lassen, geht es mir auch um Ressourcen, die im sozialen Handeln der Individuen Ausdruck finden. Diese Aspekte berücksichtigt Ulrich Oevermann in einem dynamischen Konzept von Krankheit:

*„Krankheit so in ihrer einzig angemessenen Konzeptualisierung: nicht einfach als das klassifikatorische Gegenteil von Gesundheit, sondern als das Maximum an Ge-*

---

26 Bereits in der Antike stellte Gesundheit ein hohes Gut dar. Die Verantwortung des modernen Staates für die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung ist seit Johann Peter Franks Schrift „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ (vgl. Schott/Hornberg 2011:13) in Europa verankert. Mit dem Beginn der Industrialisierung und gesellschaftlichen Modernisierung wurden Einflüsse veränderter Lebensbedingungen sowie Verelendung und Verarmung registriert und begonnen, gesundheitliche Auswirkungen zu verhindern.

*sundheit, das ein konkretes Leben in seiner Traumatisierungsgeschichte und in seinem Überlebenskampf unter seinen je konkreten Lebensbedingungen zu erreichen in der Lage war.“ (Oevermann 1996: 127)*

Eine ebenso dynamische sozialisationstheoretische Perspektive auf Gesundheit als „Teil der individuellen lebensgeschichtlichen Entwicklung“ zeigt Klaus Hurrelmann auf.

*„als Prozess, der nur möglich ist, wenn ein Individuum flexibel und zielgerichtet den jeweils optimal erreichbaren Zustand der Koordinaten von inneren und äußeren Anforderungen bewältigt, dabei eine zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (der Identität) sichert und eine persönliche Selbstverwirklichung in Abstimmung mit und in Rücksichtnahme auf Interaktionspartner ermöglicht. Gesundheit spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse.“ (Hurrelmann 1999:17)*

Gesundheit und Krankheit können somit als „interpretationswürdige Tatbestände“ (Siegrist 2005: 102) verstanden werden.

Dynamische (medizin-)soziologische Modelle überwinden die Polarisierung von Krankheit und Gesundheit, die Statik, Idealisierung sowie Vernachlässigung sozialer Aspekte durch die Annahme eines Kontinuums (vgl. Siegrist 2005; Hurrelmann 2010; Antonovsky 1997).

Der Soziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) stellte dem Konzept der „Pathogenese“ das der „Salutogenese“ gegenüber. Nach diesem Ansatz ist jeder Mensch in gewissem individuellem Maß gesund und krank, was zu einem tieferen Verständnis funktionaler Probleme mit Krankheitswert beiträgt. Antonovsky erforschte anhand von „weitgehend unstrukturierten Tiefeninterviews“ (Antonovsky 1997: 34) und standardisierten Fragebögen (ebd.: 79 ff), wie es Menschen gelingt, Lebensaufgaben zu bewältigen und dabei gesund zu bleiben bzw. ein Gefühl von Gesund-Sein zu entwickeln. Dabei wird die Perspektive vor allem auf die Faktoren und „Copingressourcen“ (Antonovsky 1997: 30; Franke 2010) gerichtet, die Gesundheit befördern. Für die Wirkung von Stressoren komme es auf deren Verarbeitung an. Die Verhaltensweisen bzw. Lebenshaltungen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit verknüpft er mit dem „Kohärenzgefühl“ als zentraler psychischer Ressource. Das Modell stellt Krankheit nicht als ein individuelles Schicksal und Gesundheit als Ergebnis individueller Anlagen, Handelns oder Verhaltens dar, sondern ist Resultat und Ausgangspunkt der Interaktion zwischen Individuum und sozialer Umwelt (Antonovsky 1997: 30; Franke 2010).

Auch das Konzept der „Resilienz“ erfasst und untersucht das Phänomen menschlicher Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Bedingungen und widrigen Umständen.

*„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin/Hildenbrand, 2006: 13)*

Damit wird die Perspektive auf persönliche und soziale Ressourcen gerichtet, die im Laufe des Lebens erworben werden können (vgl. Siegrist/Luitjens 2011; Welter-Enderlin/Hildenbrand 2006; Fooko/Zinnecker 2007).

Für die vorliegende Arbeit sind diese Modelle als heuristische Folie sowie für die Haltung gegenüber den Interviewten relevant. Es lenkt den Blick auf das Zusammenspiel von Stressoren und Ressourcen und damit auf die Frage, wie dieses den Zeitpunkt und die „Schwere“ der Erkrankung sowie den Erhalt bzw. Wiedergewinn von Handlungsfähigkeit beeinflusst. Das Krankheitserleben selbst kann so gesehen als Stressor wirken, jedoch ebenso Ausgangspunkt für Gesundung darstellen. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls – Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit, Sinnhaftigkeit – lenken den Blick auf lebensgeschichtliche Prozesse. Soziale Widerstandsressourcen wie soziale Unterstützung, Bindungen und Netzwerke (Hurrelmann 2010 nach Faltermeier: 122) stehen in Zusammenhang mit sozialem Kapital bzw. bürgerschaftlichem Engagement (siehe Kapitel 2.2.4). Daran anknüpfend wird in Kapitel 5.2.8 im Anschluss an die Datenanalysen die Frage nach der gesundheitsfördernden Wirkung von Engagement diskutiert.

### 2.3.2 Psychische Störungen

In historischer Perspektive wurde die Annahme der Existenz von Krankheiten der „Psyche“ bzw. Seele erst durch die dichotome Trennung von Körper und Seele möglich (Scharfetter 2009: 178). Diese vernachlässigt jedoch die Wechselwirkung zwischen körperlichen und psychischen Prozessen und stellt damit eine Reduktion komplexer Wechselwirkungsprozesse dar (Bahrs 2007: 74-75). Vor allem psychosomatische Störungen verweisen auf diese Problematik (vgl. Mitscherlich 2010: 239ff; Wirsching/Stierlin 1982).

Psychische Störungen werden im Gehirn als dem Zentrum rationalen Denkens lokalisiert. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts setzte sich im Zeitalter der Industrialisierung in Deutschland ein medizinisch-naturwissenschaftliches Paradigma für deren Erklärung und Behandlung durch (vgl. Dörner 1984; Blasius 1994)<sup>27</sup>. Kriterien der Vernunft und gesellschaftlicher Brauchbarkeit wurden

---

27 Die Autoren verweisen auf die prinzipiell parallele Entwicklung innerhalb Europas. Gegenüber England und Frankreich verlief diese in Deutschland jedoch zeitverzögert. Für die Entwicklung in Frankreich, welche die deutsche stark beeinflusste, siehe vor allem Michel Foucault (1969) und Robert Castel (1979).

zum Ausgangspunkt korrigierender und disziplinierender Maßnahmen. Armut und Erwerbsarbeit wurden zu Selektions- und Ausschlusskriterien (Foucault 1969: 97-98). Für den gesellschaftlichen Umgang mit den „psychisch von der Norm Abweichenden“ wurde die gesellschaftliche Institution Psychiatrie geschaffen und damit Betreuung und Behandlung in Familien und privaten Einrichtungen zurückgedrängt (Brink 2010; Blasius 1994). Damit wurden die Betroffenen als soziale (Rand-)Gruppe öffentlich sichtbar.

Psychiatrie erfüllt seitdem Funktionen der Kontrolle und Heilung der „Kranken und Gestörten“ sowie der Forschung (vgl. Brückner 2010: 73; Brink 2010: 11-13). Machtverhältnisse, Ökonomie und Recht gelten als bedeutende Bedingungsfaktoren für den jeweiligen gesellschaftlichen Umgang mit den Abweichenden. Die dazu konstruierten Krankheitskategorien und Maßnahmen konnten bzw. können Inklusion/Exklusion bzw. Verfolgung bis Vernichtung von Personen mit psychischen Krankheiten bedeuten. Im medizinischen Paradigma geht es um die Bestimmung der Krankheitsanzeichen und deren vermutete Ursachen, die mit jeweils gültigen Definitionen abgeglichen werden. Dabei wird kein Kontinuum berücksichtigt, sondern Anzeichen und Symptome werden entsprechend der Dichotomie anhand von Klassifikationen als krankheitsrelevant erachtet. Für soziologische Forschung ist die Kenntnis dieser Diagnosen und ihrer Kriterien wichtig, soweit sie in den biographischen Konstruktionen sowie im lebensgeschichtlichen Verlauf relevant werden (siehe auch Riemann 1987: 10). Daher stelle ich diese kurz vor und diskutiere deren Vor- und Nachteile.

### 2.3.3 Medizinische Klassifikationen

Erste Klassifikationen gehen auf die „Institutionalisierungsphase“ der Psychiatrie (Blasius 1994: 46) zurück. Diese dominieren seitdem neben historisch-traditionellen Erklärungen religiöser, mystischer und philosophischer Art<sup>28</sup> und sind vor allem Voraussetzung für die sozialrechtliche Begründung eines Krankenstatus.

Herausgeberin der systematischen Klassifikation psychischer Störungen in der Fassung des sogenannten ICD-10 (Tenth Revision of International Classification of Diseases) ist die WHO. Diese unterscheidet zehn Gruppen von Störungsbildern, denen bestimmte Symptome zugeordnet sind. Eine elfte Gruppe umfasst nicht näher definierte, undifferenzierte Störungen. Die Begriffe Störung und Syndrom ersetzen vorherige, um Stigmatisierungen zu vermeiden (Dilling et al. 2011a: 26). Die Diagnosegruppen des ICD-Systems entsprechen der Drei-

---

28 Dazu liegt eine Vielzahl an Literaturquellen vor, zum Teil auf bestimmte „Krankheiten“ fokussiert (vgl. Baer 1998; Wakefield/Horwitz 2007; Porter 2005; Brückner 2011; Schott/Tölle 2007; Dörner/Plog/Teller 2006; Blasius 1994).

teilung der Mehrfachfunktionen, die der Psyche zugeschrieben werden: Kognitionen, Emotionen/Affekte, Ich-Selbst-Bewusstsein (Scharfetter 2009: 179). Die Diagnosen der von mir Interviewten werden im Wesentlichen folgendermaßen zugeordnet:

F 20 – F 29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F 30 – F 39: Affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung)

Diese Diagnosen verweisen zugleich auf die psychischen Störungen, welche am meisten im Fokus des gesellschaftlichen Diskurses sowie der Forschung stehen (vgl. Leuzinger-Bohleber 2005: 9-50; Schneider et al. 2011; BMBF). Schizophrenie Störungen gelten als die schwersten und affektive Störungen, insbesondere die Depression, als die häufigste/n Diagnosen. Beide werden in Bezug auf die volkswirtschaftlichen Auswirkungen vor allem im Zusammenhang mit zunehmenden Arbeitsausfällen und Frühberentung diskutiert (vgl. Rehfeld 2006; Nöthen/Böhm 2009: 26-29; Barmer 2014; WHO 2006).

Aktuell werden affektive Störungen deutlich öfter bei Frauen diagnostiziert (Wittchen et al. 2010: 18-20; Busch et al. 2013: 735). Die Diagnose Schizophrenie wird mehr an Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status vergeben (Puls 2003: 54-59). Andere Studien stellen einen derartigen Zusammenhang auch in Bezug auf depressive Störungen her (Busch et al. 2011: 4; Lampert/Kroll 2010).

Störungen mit wahnhaften Symptomen und bizarrem Verhalten trugen von jeher dazu bei, Menschen als „wahnsinnig“ zu klassifizieren, da deren auf Andere absonderlich wirkendes Verhalten befremdend, unerklärlich, Angst auslösend und störend wirken kann.

*„In seinem Wahn ist er in seinen eigenen Kosmos ver-rückt. Verstört, gejagt oder erstarrt lebt er unter Beeinflussungen, die wir nicht verstehen, für nicht wirklich halten. Und darum liefern wir ihn als unerträglichen Störenfried in eine Anstalt ein.“*  
(Mitscherlich 1971: 74)

Erst in den Augen Anderer wird psychisch abweichendes Verhalten als solches unterschieden. Dazu sagt Foucault: „Der Irre kann also nicht für sich wahnsinnig sein, sondern nur in den Augen eines Dritten, der allein die Vernunfttrübung von der Vernunft zu unterscheiden mag“ (Foucault 1973: 180).

Ausgeprägt manisches Verhalten, das heißt weit über durchschnittliche Leistungs- und Verhaltensnormen hinausreichendes, ist wohl das, welches im öffentlichen Diskurs als unvernünftig und ebenfalls abweichend vom „Normalen“ und „Gesunden“ charakterisiert wird. Depressionen werden dagegen eher mit Leistungsminderung, Handlungsunfähigkeit und Suizidgefahr assoziiert. Als ver-

nünftiges Maß gelten dabei die Leistungsanforderungen und Normen der modernen Gesellschaft.

Schizophrenie wird durch die Beeinträchtigungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens sowie Realitätsverlust charakterisiert. Weltweit erkrankt daran 1% der Bevölkerung mindestens einmal im Leben. Bei etwa 20 bis 25% der Betroffenen bleibt es bei einer Episode, während es bei anderen PatientInnen zu weiteren Episoden und verbleibenden Krankheitsfolgen (Gaebel/Wölwer 2010: 16-18) kommt. Vor allem ist diese Diagnose jedoch mit Wertungen und Zuschreibungen verbunden, die noch auf früheren Klassifikationen beruhen, welche zunehmende Degenerierung und „Verblödung“ annahmen (Kraepelin 1927). Dies betrifft auch Menschen mit affektiven Störungen. Hiermit sind Störungen der Affekte, Stimmungen und damit einhergehenden Kognitionen verbunden, mitunter auch schizophrene Symptome wie Wahn.

Die WHO beobachtet seit einigen Jahrzehnten einen kontinuierlichen Anstieg affektiver Störungen, insbesondere Depressionen. Deshalb werden mit diesen klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Fragestellungen verbunden. Innerhalb eines Jahres leidet in Deutschland etwa 6% der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an einer affektiven Störung. Die Lebenszeitprävalenz wird mit 11-13% angegeben. Demnach erleiden ca. 16% Frauen und 9% Männer eine solche Phase während ihres Lebens (Wittchen et al. 2010: 18-24; Busch et al. 2013).

Eine weitere Klassifikation, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) aus dem Jahr 2001, bezieht sich auf die Herstellung von Rahmenbedingungen zur Chancengleichheit für Menschen, die durch ein komplexes Bedingungsgeflecht in ihrem gesellschaftlichen Umfeld behindert werden (DIMDI 2005: 9). Psychische Störungen gelten im sozialrechtlichen und sozialpolitischen Diskurs als Behinderungen, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“* (SGB IX § 2 Abs. 2 Satz 1, Behindertengleichstellungsgesetz § 3). Dem ICF liegt ein bio-psycho-soziales Gesundheitsmodell zugrunde (DIMIDI 2005: 5). Anhand der medizinischen Klassifikationen reproduziert sich daher in der gesundheitspolitischen und juristischen Anwendung des ICF die subjektivierende Zuschreibung von Problemen<sup>29</sup>. Gleichzeitig wird die Rolle der „normalen“ Mehrheitsgesellschaft an der Konstruktion von Behinderung kaum thematisiert. Darauf verweisen VertreterInnen der Disability Studies (vgl. Dederich 2007: 194; Bösl et al. 2010; Goodley 2011). Als Instrument sozialpolitischer Ziele und Forderungen

---

29 Marianne Hirschberg (2009) hat dies anhand einer diskursanalytischen Untersuchung des ICF und der zugrundeliegenden Konstruktion von Behinderung aufgezeigt.

mag das ICF richtungsweisend sein, die praktische Umsetzung weicht im Einzelfall davon erheblich ab, zumal soziologische Faktoren wie z.B. Ethnie, Geschlecht, Lebensstil nicht berücksichtigt werden (ebd.: 24). Vor allem aber weist die Notwendigkeit eines solchen Systems darauf, dass mit einer Diagnostizierung und der Annahme der Kranken- bzw. Patientenrolle individuelle und gesellschaftliche Folgen verbunden sind, die ich zum Teil bereits erwähnt habe: Etikettierung, Stigmatisierung, Prekarität, Exklusion. Diese theoretischen Konzepte der Soziologie tragen zu alternativen bzw. ergänzenden Perspektiven bei und lenkten den Blick auf die soziale und kulturelle Einbettung psychischer Störungen und Behinderung. Im Laufe der Geschichte der Psychiatrie, Soziologie und Zivilgesellschaft gab es Prozesse gegenseitiger Einwirkung, Kritik und Aktivierung. Während der Auseinandersetzung mit diesen Themenfeldern und des Forschungsprozesses wurden die Verknüpfungen mit bürgerschaftlichem Engagement deutlich. Ich beziehe dieses daher, wo es sich anbietet, in die Kapitel ein.

### *2.3.4 Positionen soziologischer Psychiatriekritik*

Soziologische Forschung zu psychiatrischen Themen hatte ihre Blütezeit in der Phase gesellschaftskritischer Auseinandersetzung, die auf die Institution Psychiatrie übertragen wurde. Emile Durkheims Studie „Der Selbstmord“ (1897) gilt als erste soziologische Analyse eines bis dahin dem Individuum zugeschriebenen Phänomens. Seine Berücksichtigung gesellschaftlicher Zyklen von Konjunkturen, Krisen und Übergängen ist bis heute sinnvoll für Gesellschaftsanalyse wie auch das Verständnis einzelner Suizide. Als soziologisches Thema wurde es weiterentwickelt, trug zu kontinuierlicher Berücksichtigung sozialer Aspekte und Entpathologisierung von Suiziden bei (vgl. Riemann 2007; Grashoff 2006; Lindner-Braun 1990) – im Unterschied zum medizinischen Diskurs (vgl. Wolfersdorf/Ettersdorfer 2011). Im Sinn des selbstbestimmten Lösungsversuchs in einer biographischen Konfliktsituation sehe ich die Relevanz für meine Untersuchung. In der Chicago-School begann in den 1930er Jahren die systematischere Erforschung sozialer Einflüsse auf psychische Störungen. Als Klassiker gilt die Studie von Faris und Dunham (1939), die der Frage der sozialen Ätiologie der Schizophrenie nachgeht. Die konkurrierenden Hypothesen der „sozialen Verursachung“ und „sozialen Selektion“ blieben bis in die jüngeren Forschungsgenerationen relevant (Hildenbrand 1987: 12). Sie wurden bspw. in der „life-event-Forschung“ erneut aufgegriffen, die nicht nur familiäre, sondern auch gesellschaftlich bedingte Lebensereignisse, wie Verlust der Erwerbsarbeit, in ihrer Wirkung auf die Genese psychischer Störungen untersuchten (vgl. Dohrenwend 1975; Brown/Harris 1978).



Die als antipsychiatrische Forschung bekannt gewordenen Ansätze setzten sich vor allem mit medizinisch-biologischen Krankheitsmodellen, dem Zwangscharakter der Behandlung und Unterbringung sowie in Deutschland mit der Reflexion über die Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus auseinander. Wichtige Anstöße gingen von Scheff, Goffman, Szasz in den USA der 1950er und 1960er Jahre, Laing, Esterson, Cooper in Großbritannien sowie Foucault und Castel in Frankreich aus. In Deutschland wurden diese z.B. von Fengler und Fengler, Häfner, Finzen und Dörner aufgenommen. Zentrale Fragestellungen bezogen sich auf Großanstalten, später auf die Versorgungsstrukturen, Prozesse der sozialen Konstruktion sowie Faktoren und Prozesse der Verursachung der psychischen Störungen. Das Verbindende ist einerseits die Einbindung in Machtkämpfe zwischen Soziologie und Medizin, worauf auch die Zuschreibung „Antipsychiatrie“ von Seiten der Psychiater hinweist. Asmus Finzen drückt dies vielsagend im „Goffman-Scheff-Rosenhan-Trauma“<sup>30</sup> aus (Finzen 2009: 12-13). Andererseits ging es um die historische, kulturelle, soziale und interaktive Einbettung psychiatrischer Themen sowie Folgen von Phänomenen psychischer Abweichung. Der Biogenese wurde die Soziogenese entgegengesetzt, womit jeweils der Anspruch auf Wahrheit verbunden wurde. Neuere interdisziplinäre Komplementärforschung geht von der Wechselwirkung zwischen biologischen, sozialen und ökologischen Faktoren aus (vgl. Kilian 2008: 140ff). Demnach verbietet sich die Frage nach der Genese einer Erkrankung in rein natur- oder sozialwissenschaftlicher Perspektive. Als Soziologin kann ich die komplexen Zusammenhänge jedoch nur in Bezug auf die soziale Einbettung untersuchen, erkennen und verstehen, nicht deren neuronale oder genetische Entsprechungen und Auswirkungen. Daher richtet sich mein Forschungsinteresse auf familiäre und gesellschaftliche Faktoren. Mir geht es jedoch nicht vordergründig um die (Er-)Klärung von Prozessen der Erkrankung bzw. Gesundung, sondern um die individuellen sozialen Probleme, die mit einer Diagnose verbunden sein können und inwieweit diese durch bürgerschaftliches Engagement biographisch bearbeitet werden. Daher geht das nächste Kapitel auf die Probleme der Diagnose, Stigmatisierung und Exklusion ein – auch aus historischer Perspektive sowie in Bezug auf bürgerschaftliches Engagement.

---

30 Finzen bezieht sich hiermit auf die verhärteten Fronten zwischen VertreterInnen der Psychiatrie und deren soziologischen KritikerInnen. Hierbei rekurriert er insbesondere auf die Analyse der „totalen Institution“ von Goffman, die „Etikettierung“ von Scheff und den experimentellen Nachweis der Unsicherheiten der Klassifikationssysteme von Rosenhan (1973). Die polarisierten Positionen hätten zu einem nachhaltig schwierigen Verhältnis von Psychiatrie und Soziologie beigetragen. Dafür erachtet er als ausschlaggebend, dass die Soziologie erkenntnisorientiert, die Psychiatrie/bzw. Medizin aber handlungsorientiert ist (Finzen 2009).

### 2.3.4.1 Das Problem der Diagnose

Eine Diagnose stellt den Beginn einer „Patientenkarriere“ bzw. die Annahme einer Krankenrolle dar. Sie kann vorübergehend gesellschaftlich von Rechten, Pflichten und Verantwortung entbinden (Gerhard 1991), ist jedoch bei einer psychiatrischen Diagnose schwieriger wieder aufzugeben (Hellwing/Harbusch 2013: 16). Diagnostizieren habe „dem rationalen Anspruch nach sowohl *Ordnung* als auch *Heilung*“<sup>31</sup> zum Ziel (Dörner 1975: 139). Mit der Krankenrolle ist daher die verpflichtende Inanspruchnahme therapeutischer Interventionen verbunden (Parsons 1972: 73), die der „Resozialisierung“ (Berger/Luckmann 2009) entspricht. Die medizinischen Klassifikationen vernachlässigen aufgrund ihrer Logik die Individualität eines als Störung definierten Phänomens und dessen Einbettung in die Lebensgeschichte (Blankenburg 1989:7). Hingegen hat „*Der Wahnsinn [...] bis ins Unendliche variierte Symptome*“ (Foucault 1973: 256). Der individuelle Ausdruck eines Störungsbildes geht deshalb in der Pathologisierung unter und „Das Persönlich-Einmalige der Individualität des Patienten tritt zurück; seine 'Person' stellt sich uns als das unwesentliche Gewand dar, in dem sich das *eigentliche 'Subjekt'* (...) – die Krankheit – in diesem *einen* Fall 'zufällig' manifestiert.“ (Blankenburg 1989: 1). Philosophisch, psychodynamisch, systemisch und soziologisch orientierte Erklärungen versuchen dies zu überwinden.

Im psychiatriekritischen wissenschaftlichen Diskurs der Soziologie werden die Uneindeutigkeit von Diagnosen, deren Überlagerung mit somatischen Störungen und soziale Folgen sowie die Tendenz zur „Psychiatisierung“ von sozialen Problemlagen und lebensgeschichtlichen Krisen (Brink 2010:487) thematisiert. „*Es geht darum, zu verstehen, wie eine aus handelnden Personen bestehende, gemeinsam 'gemachte' Realität funktioniert*“ (Hellwing/Harbusch 2013: 21).

Thomas J. Sheff (1980 [1966]) prägte den Begriff der „Etikettierung“ bzw. „labeling approach“ von Geisteskrankheit als Resultat von sozialen Zuschreibungsprozessen. Methodologisch im symbolischen Interaktionismus verortet, berücksichtigt er die Interaktion zwischen Individuum und sozialer Umwelt. Symptome einer psychischen Störung versteht er als abweichendes Verhalten durch den Verstoß gegen bestimmte gesellschaftliche Normen bzw. Regeln<sup>32</sup>. Die gesellschaftliche Reaktion darauf kann unter bestimmten Bedingungen als Verleugnung oder Etikettierung erfolgen. Letztere kann dazu führen, die Übertretung zu stabilisieren und eine Karriere als psychisch Kranker zu begründen. Eine chronische „Geisteskrankheit“ versteht er als sozial erworbene Rolle. Stereo-

---

31 Die Hervorhebungen in den Zitaten dieser Seite entsprechen denen der VerfasserInnen.

32 Dies betrifft einen sogenannten Residualbereich, einen Restbereich, der nicht ohne weiteres durch Normen geregelt ist. Diese bezeichnet Dörner als „Regelverletzungen im Bereich des Selbstverständlichen“ (Dörner 1975: 142).

typen über „Verrückt-, Wahnsinnig- oder Irrsinnig-Sein“ können sich über soziale Interaktionen mit der späteren Einstellung eines Individuums zu psychischer Krankheit oder den Vorstellungen darüber verfestigen. Der Wert des Konzeptes besteht in der Betonung der gesellschaftlichen Konstruktion und des Einflusses von Sozialisationsbedingungen in Familie und gesellschaftlichen Institutionen. Scheff verweist z.B. auf die Rolle von Massenmedien, Kunst und Experten sowie die Bedeutung der Sprache als Medium des Wissensaustauschs. Von Interesse ist für mich auch die Möglichkeit der Abweisung des Etiketts. Das heißt, es bestehen immer auch Handlungsalternativen, da die Etikettierung am Ende eines sozialen Aushandlungsprozesses steht. Das Konzept der Etikettierung betrachtet jedoch Krankheitsprozesse ohne die Einbettung in das gesamte Leben sowie andere Leidensprozesse. Selbstdeutungen werden nicht berücksichtigt und es fehlt ein Bezug zur Empirie (Riemann 1987: 15-16). Letzterer wurde insbesondere durch die biographische Forschung von Gerhard Riemann und Bruno Hildenbrand eingelöst, an deren Arbeiten ich mich orientiert habe. Beide sowie weitere Autoren aus ihrem wissenschaftlichen Umfeld berücksichtigen Prozesse der Genese einer psychischen Störung bis zu ihrer Diagnostizierung, Behandlung und darüber hinaus im Kontext der Lebens- und Familiengeschichte. Entsprechend ihrer methodologischen Verortung im symbolischen Interaktionismus und Pragmatismus blenden die Forscher psychiatrische Vorannahmen vorab aus. Gemäß der zentralen Annahme, dass Menschen Dingen oder Tatsachen Bedeutung zuschreiben und dementsprechend handeln (Blumer 2004: 322; 325), wurden die Kategorien insoweit übernommen, als diese ab dem Zeitpunkt der Diagnose objektiviert wurden. Diesem Ansatz habe ich mich angeschlossen, da er gleichzeitig vermeidet, die Menschen auf ihre Störung zu reduzieren. Ich verstehe dies so: Erst, wenn im Ergebnis einer Entwicklung das Verhalten einer Person von ihr selbst und/oder InteraktionspartnerInnen mit der sozial verfügbaren begrifflichen Definition einer psychischen Störung als solche interpretiert wird, erfährt sie prägende Kraft für das weitere Handeln. Aus einer vorher *unbestimmten* wird dann eine *bestimmte* Situation, die durch die Anerkennung und Übernahme des Krankheitsvokabulars zu bewältigen ist. Ich schließe mich damit der Ansicht von Michael Dellwing (2013) an, dass sich so die Frage nach der Wahrheit von bio- oder soziogenetischen Konzepten erübrigt. Als Forscherin vermeide ich somit das Dilemma, eine andere Wahrheit und Realität anzuerkennen, als sie im jeweiligen menschlichen Handeln – dem ich im wissenssoziologischen Verständnis auch das Sprechen zuordne (siehe Kapitel 2.2.1) – ihren Ausdruck findet. Dieser Ansatz schließt ein, dass im Interpretationsprozess zu den medizinischen weitere Bedeutungen einbezogen werden und diese handelnd verändert werden können (Blumer 2004: 325-326). Die Frage, wie eine psychiatrische Diagnose Bedeutung erlangt, ignoriert nicht die möglichen Folgen einer Patientenkarriere, dies

möchte ich hier betonen. Es ist mir im Gegenteil wichtig, solche Folgen – auch in historischer Perspektive – aufzuzeigen (siehe Kapitel 2.3.4 und 2.3.5). Hier geht es jedoch zunächst darum, was dem vorausgeht und wie psychiatrisches Wissen integrativer Bestandteil individuellen Wissens wird. In den Arbeiten von Riemann (1987), Hildenbrand (1983, 2002) und Steffens (2004) wird die prozesshafte Aufschichtung lebensgeschichtlicher Erfahrungen deutlich, in der individuelle, familiale und kollektive Verlaufskurven (Schütze 2006, 1989) ineinander wirken (siehe dazu Kapitel 3.8.2.1).

Das Zusammenwirken kollektiver mit familialen Entwicklungen wurde in den Studien mehrfach anhand der Erfahrung von Flucht und Entwurzelung im Kontext des Zweiten Weltkrieges deutlich (Riemann 1987: 383; Hildenbrand 1983). Familiäre Handlungsschemata, von außen oktroyierte Lebenspläne, Ausgrenzung, Zerfall oder Verlust der Familie sind relevante Elemente, die den Lebensvollzug erschweren und problematisieren. Die Annahme einer Diagnose erfolgte häufig in Krisensituationen, für deren Definition *„die eigenen theoretischen Anstrengungen nicht mehr ausreichen, um sich selbst und das, was geschehen ist, hinreichend zu verstehen und für die Umwelt plausible und akzeptable Versionen bereitzustellen“* (Riemann 1987: 447). Dies erweitert die Begriffe der „Residualkategorie“ (Scheff 1980) oder „wastebasket diagnosis“ (Rosenhan 1973) für Zustände und Situationen, die keiner anderen sozial gültigen Definition bzw. institutionellen Zuständigkeit entsprechen. Nach Riemann geschieht dies nicht durch passive Zuschreibung, sondern in komplizierten interaktiven Prozessen (Riemann 1987: 501; Riemann 1984).

Eine Diagnose hat zunächst ausgrenzende Wirkung, da der wissenschaftliche Diskurs die alternierenden Erfahrungen und Wissensbestände der Betroffenen nicht berücksichtigt, aberkennt und überformen kann. Ihre Realitätskonstruktion wird damit zumindest im psychiatrisch-therapeutischen Kontext angezweifelt und auf das wissenschaftliche Krankheitsvokabular reduziert. Weiterhin werden die Erkrankten im Falle klinischer Behandlung aus der Alltagswelt ausgegrenzt. Riemann hat verschiedene Möglichkeiten des Umgangs mit dem Krankheitsvokabular herausgearbeitet – Akzeptanz und damit Krankheitseinsicht, Widerstand gegen die (bzw. Teile der) Prozessierung (Riemann 1987: 464) oder beides durch teilweises Infragestellen der professionellen Deutungen (ebd.: 465-467). Eine zentrale Rolle spielt die Entfremdung vom eigenen Erleben sowie dem sozialen Umfeld vor und in Folge der psychiatrischen Behandlung, die in den Selbstpräsentationen deutlich wurde.

Die Relevanz der ethnographischen bzw. (familien-)biographischen Ansätze für meine Arbeit besteht in der Wechselwirkung zwischen den gesellschaftlichen Ebenen, die es zu beachten gilt und deren Trennung in Mikro- und Makroebene sich in der Methodologie des symbolischen Interaktionismus und der Wissens-

soziologie erübrigt. Der Zusammenhang zwischen Familien- und Gesellschaftsgeschichte war für meine Untersuchung unter anderem durch erlebte gesellschaftliche Umbrüche 1945 und 1989 und deren Auswirkungen wichtig. Inwieweit sich dies bestätigt hat, zeige ich in den Falldarstellungen sowie der Ergebnisdiskussion auf.

Biographische Einzelfallstudien erlauben die Rekonstruktion der lebensgeschichtlichen Prozesse unter Berücksichtigung des interaktiven Handelns der AkteurInnen in ihrer historisch-sozialen Lebenswelt. Der darin eingebettete Erkrankungsprozess, eine Diagnose und der jeweilige Umgang damit verweisen auf verschiedene Wissensbestände, die sich in den biographischen Erzählungen bei Riemann und Hildenbrand wiederfanden – z.B. alltagsweltliche, philosophische, anti-psychiatrische, somatische. Von Interesse ist hierbei, wie das Fachvokabular biographisch wirksam wird und zu Transformationen der subjektiven Wirklichkeit führt, wie sie Berger/Luckmann (2009: 168- 174) als Konversionen beschrieben. Nach Riemann sind diese Prozesse vor allem in Selbsthilfegruppen (SHG) zu finden. Als neue Sinnquelle werde die Psychiatrieerfahrung in Form der Identifikation mit dem psychiatrischen Etikett oder der Rolle als Ex-PatientIn bzw. Psychiatrie-Erfahrene/r deutlich (Riemann 1987: 466-475). Aus klinischen Kategorien könne so „*biographisch produktives Wissen*“ werden (ebd.: 470). Damit sei ein Prozess des ExpertIn-Werdens oder der Selbsttermächtigung verbunden, der auf die eigene Biographie oder Wir-Gruppen mit geteilten Erfahrungen bezogen sein könne. Problematisch kann an Letzterem die (gemeinschaftliche) Selbstabgrenzung im Milieu der Psychiatrieerfahrenen werden (ebd.: 475), wodurch sich vorherige Ausgrenzung wiederholen kann. Um diese Prozesse und Bedeutungen zu erfahren, ist es wichtig, diese Personen in ihren gesamten sozialen Beziehungen und Netzwerken zu sehen. In meiner Arbeit bestätigte sich die biographische Relevanz des Milieus der Psychiatrieerfahrenen und der Selbsthilfe in einigen Fällen. Daher nehme ich in den Kapiteln 2.4.2.1 und 5.2.5 ausführlicher darauf Bezug.

#### 2.3.4.2 Das Problem der Stigmatisierung

Infolge einer psychiatrischen Diagnose werden Betroffene häufig stigmatisiert. Die Aufmerksamkeit wird insbesondere seit Erving Goffmans Studien „Asyle“ (1961) und „Stigma“ (1963) zur Lage sozial ausgegrenzter Gruppen auf dieses Phänomen gerichtet. Die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen ist nach wie vor ein aktuelles Thema (vgl. von Kardoff 2010; BMAS 2013). Stigmatisierung wirkt auf verschiedenen sozialen Ebenen und sie kann Ausgangspunkt sozialer Ausgrenzung und weiterer Stigmatisierung sein. Daher erfordert sie individuelle und gesellschaftliche Handlungsstrategien.

Es ist das Verdienst Goffmans, Stigmatisierung als interaktiven Prozess konzipiert zu haben. Er erklärt, wie das Stigma eines sozialen oder körperlichen Makels bzw. eines auffälligen Merkmals einer Person das Verhalten der sozialen Umwelt ihr gegenüber verändert. Bezogen auf eine psychische Störung führt dies zu abweisendem, herabwürdigendem und ausgrenzendem Verhalten (vgl. Angermeyer/Matschinger 1995; Angermeyer et al. 2013; Schulze 2005; Finzen 2013). Anhand sozial übereinstimmender Annahmen über normales Verhalten, Wissen und Vorstellungen über psychisch abweichendes Verhalten sowie die soziale Bedeutung psychischer Störungen werden Menschen als AußenseiterIn stigmatisiert. Sie gelten als von den herrschenden Normen in ihrem Denken, Fühlen und Handeln abweichend und sind „*in unerwünschter Weise anders*“ (Goffman 1975: 13). Als Kriterien werden vor allem psychiatrische Diagnosen und damit verbundene Vorstellungen herangezogen. Nach Goffman werden diese Stigmata individuellen Charakterfehlern zugerechnet (ebd.: 12-13). Die Zuschreibung des Stigmas „psychisch gestört“ kann schließlich zu beschädigten Identitäten (Goffman) führen, da die Betroffenen nicht mehr mit ihrem ganzen Menschsein sozial akzeptiert werden (Finzen 2013: 25).

Psychische Störungen sind einerseits unsichtbar und daher von außen nicht eindeutig zu identifizieren. Daraus ergibt sich andererseits die Chance, die Abweichung zu verbergen bzw. zu managen. Betroffene müssen nicht zwangsläufig der Stigmatisierung und deren sozial ausschließenden Folgen ausgeliefert sein, sondern verfügen über Handlungsoptionen. Nimmt man die Ergebnisse bisheriger Studien und die theoretischen Konzepte der Stigmatisierung und des bürgerschaftlichen Engagements zusammen, liegt die Vermutung nahe, dass Letzteres einen Handlungsrahmen für das Stigma-Management bilden kann. Da sich ein Stigma als „Sonderfall eines sozialen Vorurteils“ (Cloerkes 2001: 76) Beeinflussung und Veränderung widersetzt, erfordert das Managen aber von den TrägerInnen diskreditierbarer Merkmale entsprechende Ressourcen und Strategien. Anhand der im Folgenden aufgezeigten Anlässe, Funktionsweisen und Folgen der Stigmatisierung wird dies verständlicher.

Als ein möglicher Ausgangspunkt von Stigmatisierung und Hinweis auf eine psychische Störung wird die Teilnahme an einer psychiatrischen Behandlung bewertet (Corrigan/Rüsch 2002: 318). Insbesondere die stationäre Behandlung löst im öffentlichen Diskurs die stereotypen Annahmen über psychiatrische PatientInnen aus (Gaebel et al. 2007). Durch abwertende Einstellungen gegenüber den PatientInnen werden diese zusätzlich durch PsychiaterInnen und andere professionelle MitarbeiterInnen – ob absichtlich oder nicht – stigmatisiert (Nordt et al. 2006: 711-714), wobei im Zusammenhang mit dem medizinisch-psychiatrischen Diskurs vermutlich die Defizite der Betroffenen betont werden. Ihnen wird wenig Urteilsvermögen, Initiative und Aktivität zugetraut und damit auch

die Kompetenz zu Selbstorganisation und Engagement abgesprochen (siehe auch Kapitel 2.2.1.3).

Im öffentlichen Diskurs gelten PsychiatriepatientInnen z.B. als gefährlich, kriminell, unzuverlässig, leistungsunfähig, inkompetent, unberechenbar (vgl. Angermeyer/Matschinger 2003: 307-308; Schulze 2011; Chamberlin 1993: 307; Corrigan/Rüsch 2002: 317-18). Stereotype und Vorurteile variieren hierbei anhand der Diagnosen. Besondere Beachtung findet die Schizophrenie als „schillerndste“ psychische Störung (Finzen 2011), deren „Ursachen“ als unklar gelten, wodurch die so diagnostizierten Menschen besonders unberechenbar erscheinen. In einer 2004 durchgeführten telefonischen Umfrage hielten z.B. 52% von 4622 Befragten genetische Ursachen für relevant (siehe Gaebel et al. 2007).

Auch die Diagnose einer Borderline-Störung wird mit unberechenbarem Verhalten assoziiert und geht zudem häufig mit sichtbaren körperlichen Spuren selbstverletzenden Verhaltens einher (vgl. Schulze 2011: 4).<sup>33</sup> Weitere, oft erst im Laufe einiger psychiatrischer Behandlungen auftretende sichtbare Anzeichen sind starke Gewichtszunahme, verlangsamte Bewegungsmuster, Tics und andere Folgen der (pharmakologischen) Behandlung (siehe auch DGSP 2010; Lehmann 1995), worunter Betroffene zusätzlich leiden. Diese Folgen markieren die Personen nach außen hin offensichtlicher als diskreditierbar (Goffman 1975: 12), wodurch das Stigma der psychischen Störung schwieriger verborgen werden kann. Die Gewichtszunahme kann zu einem weiteren Anlass der Stigmatisierung werden, da die Betroffenen vom Schönheits- bzw. Gesundheitsideal abweichen.

Ergänzend dazu verweist die Ungleichheitsforschung auf die zunehmende Stigmatisierung sozialer Gruppen, wie Menschen mit (psychischen) „Behinderungen“ und Langzeitarbeitslose (vgl. Marquardsen 2012), aufgrund ihrer „verminderten Leistungsfähigkeit“ und „ökonomischen Nutzlosigkeit“ im Kontext der jüngeren ökonomischen Krisen (Groß et al. 2012: 11-15; siehe auch Mansel/Endrikat 2007), die während der vergangenen Dekade eine Zunahme ökonomistischer Werthaltungen begünstigten (Groß et al. 2012: 16). In Anbetracht der wissenschaftlichen Befunde und medialen Berichte über die (scheinbare) Zunahme psychischer Störungen, die außerdem oft in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit stehen, werden diese aus meiner Sicht daher als soziales Problem größeren Ausmaßes konstruiert und dienen funktional als Projektionsfläche von Krisenszenarien. Die Gefahr der Stigmatisierung als „Sozialschmarotzer“, „Faulenzer“ oder „Drückeberger“ (Oschmiansky 2003) aufgrund der Exklusion vom Arbeitsmarkt ist daher hoch (Kühnlein/Mutz 2010: 174) und nach 1990 insbesondere in Ostdeutschland ein kontinuierliches und größeres Phänomen (vgl. Heitmeyer 2009: 25-26; Pohl 2002).

---

33 Anhand meiner Studie kann ich hier Narben von Suizidversuchen ergänzen.

Die in den vergangenen Jahren häufiger vergebene Diagnose „Burnout“ entspricht hingegen eher dem Diskurs der Leistungsgesellschaft. Der Zusammenhang mit Stigmatisierung wird unterschiedlich diskutiert und als weniger relevant erachtet, da den Betroffenen hoher gesellschaftlicher Einsatz und das Leiden daran zugeschrieben wird. Betroffene werden durch die Suche nach den Ursachen in der modernen Arbeitswelt (vgl. Finzen 2013: 26; Graefe 2012; Schulze 2008) bzw. Stressfaktoren in der Gesellschaft (Brunnett 2013) teils von Schuld entlastet. Andererseits werde den Handelnden jedoch gemäß der Diskursanalyse von Ratgeberliteratur (Brunnett 2013) die Ursache selbst zugeschrieben und sie für die Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit verantwortlich gemacht. Stigmatisierung und Ausschluss drohen dann, wenn soziale und gesundheitliche Anpassung durch Selbstoptimierung nicht gelängen.

In meiner Studie stellten sich die drohenden Stigmatisierungen und die Entlastung durch den Burnout-Diskurs in einer gewissen Varianz dar. Gefährdungen für mehrfache Stigmatisierung fand ich in der Kombination der psychiatrischen Diagnosen mit Erwerbslosigkeit, Sozialhilfebezug, Frühberentung, Mutterschaft, DDR-Sozialisation und -Loyalität, Folgen der psychiatrischen Behandlung, Sexualität, Sprach- und Sehfehler. Es zeigt sich, dass Stigmatisierung sowohl in der sozialen Umwelt der Betroffenen wie auch in den Familien stattfindet (siehe auch Schulze 2011: 45; Gaebel et al. 2007).

Frägt man sich, woraus sich das Wissen über stigmatisierte Gruppen speist, kommen Quellen auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen in Betracht. Neben eigenen, tatsächlichen oder überlieferten Erfahrungen und Berichten aus dem sozialen Umfeld tragen vor allem Medienberichte zur gesellschaftlichen Wahrnehmung psychisch erkrankter, arbeitsloser und anderweitig stigmatisierter Menschen bei. Die Verbreitung entsprechender Stereotype kann hierbei von der Politik ausgehen, indem Arbeitslose zu Sündenböcken ihrer Fehlentscheidungen gemacht werden (vgl. Oschmiansky 2003: 10)<sup>34</sup>. Medien stützten diesen politischen Diskurs, indem sie bspw. im Laufe der 1990er Jahre zunehmend kranke und erwerbslose Menschen des Missbrauchs von Sozialleistungen bezichtigten (vgl. Kreft 2000: 189-194; Marquardsen 2012: 206-207). Mediale und öffentliche Diskurse greifen hierbei Bestandteile aus Spezialdiskursen der Wissenschaft und Politik auf, weswegen sie auch als „Interdiskurse“ bezeichnet werden (siehe dazu Waldschmidt et al. 2007).

---

34 Frank Oschmiansky (2003) hebt hervor, dass die Konjunktur der Faulheits- und anderer Debatten im Zusammenhang mit politischen Wahlen zu sehen sei (Oschmiansky 2003: 15). Die Sündenböcke verfehlter Politik sind paradoxerweise gleichzeitig diejenigen, deren Engagement gefördert werden soll. Arbeitslose sind daher m.E. gewissermaßen Spielball der (Sozial-)Politik, da sie ja im Falle von Krankheit/Behinderung wiederum inkludiert werden sollen.



Eine kombiniert quantitative und qualitative Analyse deutscher Printmedien zeigt hierzu exemplarisch die regelmäßige Präsenz psychiatrischer Themen in verschiedenen Tages- und Wochenzeitungen (Hoffmann-Richter 2000). Als „verfeinertes Alltagswissen“ speisen sich diese Beiträge weniger aus psychiatrischem Fachwissen, sondern aus kulturellen und gesellschaftlichen Wissensbeständen (Hoffmann-Richter 2000: 379). Die soziale Repräsentation (Moscovici)<sup>35</sup> von Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere der Diagnose Schizophrenie, konzentrierte sich auf schwer Erkrankte und kaum auf Personen mit leichten Störungen (Hoffmann-Richter 2000: 374). Daher werde die Dichotomie gesund/krank reproduziert. Die medialen Darstellungen schwanken zwischen Normalisierung leicht abweichenden Verhaltens und der häufigen Repräsentation (vermeintlich) psychisch Kranker als Straftäter (ebd.; Rompe 2006) – Letzteres vor allem in Lokalteilen und der Boulevardpresse. In allen Medien wird von Fachexperten oder JournalistInnen vor allem *über* diese Menschen berichtet, sie selbst kommen kaum zu Wort. Durch die häufig metaphorisch verwendeten und der Fachsprache entlehnten Termini werden bestimmte Bedeutungen transportiert, welche meist mit wirtschaftlichen, ökologischen oder politischen/ideologischen Themen verknüpft sind, bspw. mit der DDR und dem innerdeutschen Verhältnis (Hoffmann-Richter 2000: 200, 204-205) oder der krankmachenden Moderne (ebd.: 204). Oft sind diese Begriffe negativ konnotiert und mit Attributen der Bedrohung, des moralisch Anrühigen bis Bösen verbunden (ebd.: 216) oder beziehen sich auf nicht mehr gebräuchliche psychiatrische Konzepte, wie das der Degeneration und Verblödung von Kraepelin oder der „schizophrenogenen Mutter“<sup>36</sup>. Stigmatisierung werde so durch die metaphorische Verwendung von Schizophrenie betont und fortgesetzt (Hoffmann-Richter 2000: 218). Durch die Zuschreibung als Charaktermerkmale an die Betroffenen wird ihnen zudem die Verantwortung für ihr Handeln zugeschrieben.

Psychiatrisches Halbwissen trägt im medialen Diskurs durch die negative Konnotation medialer Darstellungen, das Subsumieren der breiten Palette von depressiver Verstimmung, öffentlicher Gefährlichkeit bis zur Kriminalität unter dem Begriff psychische Störung auch zu Angst vor (potenziell) betroffenen Menschen bei (Rompe 2006). Die thematische Verknüpfung und Dramatisierung

---

35 Diese 1961 entwickelte und später auf die Analyse von (psychischer) Gesundheit und Krankheit angewendete Theorie bezieht soziale und kulturelle Dimensionen in subjektive Krankheits-theorien ein. Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen entstehen durch Transformation verschiedener Wissensbestände und Formen. Als Bestandteil sozialer Präsentationen dienen sie der Handlungsorientierung (Flick 1998: 19ff).

36 Der Begriff geht auf die Theorie der Psychoanalytikerin Frieda Fromm-Reichmann zurück. Nach dieser wurden bis in die beginnenden 1970er Jahre die Ursachen für Schizophrenie im familialen Umfeld angenommen, speziell im mütterlichen Einfluss und der frühen Mutter-Kind-Interaktion (vgl. Simon et al. 1994).

begünstigen damit Stigmatisierung und Ausgrenzung, wobei JournalistInnen Wissen aus Spezialdiskursen wie Psychologie oder Rechtswissenschaft einbinden (Rompe 2006: 330). Zusätzlich werden Betroffene durch die Konstruktion des in Armut lebenden psychisch Kranken kriminalisiert (ebd.). Menschen mit der Diagnose Depression werden hingegen stigmatisiert, indem ihre Symptome im Kontext der Leistungsgesellschaft nicht als krankheitswertig anerkannt und damit normalisiert werden (ebd.: 339).

Die antizipierte oder tatsächliche Stigmatisierung auf verschiedenen Ebenen und unterstützt durch Interdiskurse hat nun Folgen und erfordert einen individuellen und gesellschaftlichen Umgang damit. Dass betroffenen Menschen die Inhalte der öffentlichen Diskurse bekannt sind und sie daher befürchten, aufgrund psychisch abweichenden Verhaltens diskreditiert zu werden, kann zunächst zu Selbststigmatisierung beitragen. Diese kann auf der Ebene des Subjektes sozialen Rückzug, verstärktes Misstrauen und erschwerte Bewältigung der Störung bewirken, was auch als „zweite Krankheit“ bezeichnet wird (Finzen 2011: 28). Hierzu tragen die Medien durch die Vermittlung von Bildern und Einstellungen bei (vgl. van Raden 2008; Rompe 2006; Baumann et al. 2003).

Werden stereotype Zuschreibungen von anderen sozialen Gruppen und Mitmenschen unterstützt und akzeptiert, führt dies zu diskriminierendem Verhalten gegenüber den Betroffenen. Allmählich ist es nicht mehr selbstverständlich, zu sozialen Netzwerken zu gehören, was zu sozialer Isolation beiträgt. Betroffene erleben z.B. Distanzierung im sozialen Milieu (Freundschaften, Nachbarn), haben Schwierigkeiten, intime Beziehungen aufzunehmen, oder werden aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen (vgl. Baumann et al. 2007). Hierbei wirken soziale Gruppen mit Machtpositionen wie z.B. Angestellte im Gesundheits- und Justizsystem, Arbeitgeber und Vermieter mit (Corrigan/Rüsch 2002: 318).

Eine qualitative Studie (Marquardsen 2012) rekonstruierte die interaktive, prozesshafte Selbst- oder Fremdstigmatisierung nach dem Eintritt von Erwerbslosigkeit in sechs der zehn analysierten Fälle. Betroffene zogen sich aus sozialen Netzwerken zurück, nachdem sie zunehmend durch andere Personen gemieden wurden, was bei ihnen zu Unsicherheit und negativen Erwartungen und Selbststigmatisierung beitrug (Marquardsen 2012: 109-115). Erwerbslosigkeit als Stigma bewirkte somit den Rückzug bei Betroffenen *und* InteraktionspartnerInnen. Zudem wurde deutlich, dass die aktivierende Arbeitsmarktpolitik durch den Druck der Arbeitsagentur die Stigmatisierung der „faulen Arbeitslosen“ noch verstärkte (ebd.: 203-208). Als Folgen bzw. Umgang damit werden sozialer Rückzug, Resignation, Verstärkung psychischer Probleme (vgl. Grobe/Schwartz 2007: 10ff; Holleder 2007), aber auch (Selbst-)Aktivierung benannt. Auch die Fallgeschichten meiner Studie zeigen nachvollziehbar auf, wie sich der institutionelle Druck, die Erwerbsorientierung und die antizipierte Stigmatisierung ver-

stärken – aber nicht zu Resignation führen. Häufig beschränken stigmatisierende Zuschreibungen jedoch die Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten betroffener Menschen (vgl. Kühnlein/Mutz 2010). Günther Cloerkes (2001: 137) fasst die Folgen so zusammen: Diskriminierung, Kontaktverlust, Isolation und Ausgliederung auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe, Erschwernisse der Interaktionen, Umdefinierung der Person auf der Ebene der Interaktion sowie Gefährdungen und Probleme auf der Ebene der Identität.

Wie können stigmatisierte oder von Stigmatisierung bedrohte Menschen damit umgehen? Welche Strukturen auf gesellschaftlicher Ebene können hierbei unterstützen? Meine eigenen beruflichen Erfahrungen, die Fallanalysen dieser Untersuchung gestützt durch weitere Studien legen nahe, dass Stereotype entkräftet und Stigmatisierung abgewehrt werden kann.

Individuelle Strategien im Umgang mit Stigmatisierung können auf narrativer Ebene z.B. Umdeutung, Neubewertung, Geheimhaltung, Humor oder Widerspruch sein. Auf der Handlungsebene können Situationen vermieden, Unterstützung gesucht und aktives Engagement gewählt werden (Schulze 2011: 48). Stigmatisierung innerhalb bzw. Verlust sozialer Netzwerke kann durch einen „Gestalt- und Funktionswandel“ der Netzwerke sowie durch bürgerschaftliches Engagement bearbeitet werden (Marquardsen 2012: 162-254; siehe auch Kühnlein/Mutz 2010: 175; 178). Unter Berücksichtigung der Lebenssituation Betroffener im gesellschaftlichen Kontext (Kühnlein/Mutz 2010: 177) und den damit verbundenen Möglichkeiten zum Umgang mit Stigmatisierung können diese Handlungspotenziale Betroffener herausfordern und aktivieren. Der dazu nötige offensive Umgang kann unter anderem Engagement in der Betroffenen- oder Bürgerbewegung oder einem anderen Feld bürgerschaftlichen Engagements sein. Hierdurch können Autonomie und Handlungsfähigkeit (wieder-)gewonnen sowie der Umgang mit gescheiterten Handlungen und Zielen erlangt werden (ebd.).

Als wirksame Mittel, stigmatisierende Diskurse zu entkräften, gelten z.B. öffentliche Aufklärung, Protest und Konfrontation (Corrigan/Watson 2002; Rüsche et al. 2005). Daraus leiten sich Strategien ab, die laut dem Aktionsbündnis für seelische Gesundheit sinnvollerweise auf mehreren Ebenen ansetzen. Vor mehr als zehn Jahren wurden hierzu Anti-Stigma-Kampagnen ins Leben gerufen (siehe Gaebel et al. 2010: 4), die zu Einstellungsänderungen beitragen und damit Stigmatisierung verringern oder entschärfen sollen – z.B. durch die Sensibilisierung und Schulung von JournalistInnen (vgl. Gaebel et al. 2016) oder die Informations- und Wissensvermittlung in sozialen Kontexten, z.B. Schulen, um auf die Normalität von Betroffenen hinzuweisen. In diesem Zusammenhang sind Wissensvermittlung, Selbstauskünfte, Erfahrungsberichte und biographische Thematisierungen von Bedeutung.

Während die Vermittlung von Fachwissen wenig zur Verringerung der sozialen Distanz und der Akzeptanz psychisch erkrankter Menschen beiträgt (Angermeyer et al. 2009), kann der direkte Kontakt zwischen „Gesunden“ und „Kranken“ sehr wirkungsvoll sein (vgl. Angermeyer/Matschinger 1995: 45). Dieser entspricht einer Face-to-face-Interaktion (siehe Kapitel 2.2.1), wie sie beim gemeinsamen Engagement stattfinden kann. Für Betroffene, die sich in der Selbsthilfe für ihre Rechte einsetzen, ist eine anti-stigmatisierende Funktion jedoch mitunter begrenzt, da sie in einem exklusiv abgegrenzten Bereich interagieren. Einige RepräsentantInnen meines Samples engagieren sich allerdings nicht nur in SHG, sondern ebenso auf (sozial-)politischer Ebene und haben daher die Chance, öffentlich wahrgenommen zu werden und Stigmatisierung zu begegnen. Andere überanstrengen sich regelrecht im Engagement, aus Angst vor Stigmatisierung. Einige Interviewte engagieren sich im konfessionellen Bereich, der dem Anspruch nach Offenheit und Toleranz gegenüber allen Menschen gerecht wird.

Engagement in weniger abgeschlossenen, das heißt jedermann zugänglichen Bereichen, ist prinzipiell eher dazu geeignet, ein normales Miteinander zu pflegen. Hier fragt sich jedoch, inwieweit Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sich „outen“ oder dies aus Furcht vor Stigmatisierung vermeiden. Diese Furcht belegt ein Interviewzitat meiner Studie:

*„es ist für mich schwieriger mit nem erwachsenen Menschen warm zu werden als mit Kindern ((mhm)) weil äh ich, vielleicht ich auch irgendwie ich noch Angst habe mich zu outen wegen der psychischen Erkrankung [...] und ich habs ihr auch nicht gesagt ach ich bin ja nicht gefährlich ich hab jetzt auf meinen Neffen und meine Nichte aufgepasst schon n paarmal“ (Heilmann II/01:07:36)<sup>37</sup>*

Entstigmatisierende Begegnung ermöglicht z.B. der Bereich der Kunst. Die Rolle der KünstlerIn bietet zudem eine sozial anerkannte Alternative zur Krankenrolle, die im Diskurs von „Wahnsinn und Kunst“ gesellschaftlich tradiert und auch in den Medien positiv konnotiert ist (vgl. Hoffmann-Richter 2000: 219). In der Kunst wird der Ausgrenzung jedoch einerseits lediglich eine positive Note hinzugefügt, da viele dieser KünstlerInnen ohne ihre Besonderheit der psychischen Störung möglicherweise nicht beachtet würden. Andererseits besteht die Chance, andere menschliche Seiten dieser Menschen kennenzulernen. Letztlich kommt es m.E. darauf an, wie sie selbst dies bewerten und sich bei „Gesunden“ durch die Interaktion die Einstellung gegenüber Erkrankten verändert.

---

37 Da dieses Interview als Globalanalyse ausgewertet wurde, gibt es kein vollständiges Transkript. Ich habe deshalb mit der Zeitangabe vermerkt, an welcher Stelle des Interviews dieses Zitat entstand. Analoge Angaben hinter weiteren Zitaten verweisen also darauf, dass diese Interviews ebenfalls nicht als vollständiges Transkript vorliegen.

Es sind jedoch auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen notwendig. Auf gesellschaftlicher Ebene stellt die politisch geforderte sowie intendierte Verankerung und Umsetzung der Menschenrechte durch den internationalen und nationalen Inklusionsplan (siehe Kapitel 2.4.4.3) eine der aktuelleren Strategien dar, Stigmatisierung zu verringern bzw. zu verhindern. Dem stehen jedoch die Einstellungen und Meinungen im öffentlichen Diskurs gewissermaßen entgegen. Institutionelle Verankerung und Verwirklichung von Maßnahmen verändern nicht automatisch den stigmatisierenden Diskurs, zumal dieser von den Medien weiter reproduziert wird. Auch die Hegemonie von symbolischer Gesundheit (Brunnett 2009) und Leistungsfähigkeit in der modernen marktorientierten Gesellschaft kann zur Stigmatisierung chronisch kranker Menschen beitragen. Wer sich selbst als gesund und leistungsfähig definiert, für den gelten Kranke als das Gegenteil von Gesundheit und deren Bedrohung. Daher kann Stigmatisierung der kranken und leistungseingeschränkten Personen zur Stabilität der Gesunden beitragen<sup>38</sup>. Engagement unter diesen Bedingungen ist daher nicht leicht, ist aber gesellschaftlich erwünscht und kann eine Chance im Umgang mit Stigmatisierung sein.

Wie dargelegt wurde, kann Stigmatisierung als soziale Folge psychischer Störungen zu einer Verkettung ausgrenzender Prozesse führen. PsychiatriepatientInnen sind jedoch nicht nur passive Opfer dieser Prozesse, sondern sie können Widerstand dagegen aufbringen und sich engagieren (siehe Kapitel 2.4.2.1). Negative Zuschreibungen und Vorurteile im öffentlichen Diskurs zu entkräften oder gar zu verändern, ist jedoch aufgrund gesellschaftlich tradierter Wissensbestände schwierig. So begünstigt auch psychiatriehistorisches Wissen (siehe anschließendes Kapitel), nicht nur bezogen auf Krankheitskonzepte, sondern auch den gesellschaftlichen Umgang mit den als krank diagnostizierten Menschen, Stigmatisierung.

### 2.3.5 Psychiatrie aus historischer Perspektive

Foucault trug durch seine Analysen der gesellschaftlichen Konstruktion von Wissen sowie dessen Anwendung und Verteilung im Rahmen von Machtverhältnissen maßgeblich zu einer kritischen Geschichte des „Wahnsinns“<sup>39</sup> bzw. der

---

38 Diese wechselseitige Beziehung offenbart sich auch im Kontext der Erwerbsarbeit. In der arbeitssoziologischen und gesundheitsökonomischen Literatur werden sowohl die Häufigkeit psychischer Probleme bei Erwerbslosen wie auch der hohe Anteil von Menschen mit psychischen Störungen an den Frühberentungen beschrieben (vgl. Schmiede 2011; Graefe 2012; Morgenroth 2003).

39 Ich verwende in historischen Epochen bzw. Literaturquellen gebräuchliche Bezeichnungen jeweils in Anführungszeichen. Damit ist von meiner Seite keine Wertung verbunden.

Institution Psychiatrie bei. Seiner Analyse ist zu verdanken, dass die Genese von Institutionen zur Normalisierung der Bürger einer Gesellschaft seit Ende des 18. Jahrhunderts rekonstruiert wurde. Ich möchte hier insbesondere auf seine Schriften „Wahnsinn und Gesellschaft“ (1961), „Die Geburt der Klinik“ (1963), „Überwachen und Strafen“ (1975) und „Die Ordnung des Diskurses“ (1971) hinweisen. Die Psychiatrie ist eine der Institutionen, der die gesellschaftliche Kontrollmacht übertragen wurde.

*„Eine Geschichte des Wahnsinns schreiben, wird also heißen: eine Strukturuntersuchung der historischen Gesamtheit – Vorstellungen, Institutionen, juristische und polizeiliche Maßnahmen, wissenschaftliche Begriffe – zu leisten, die einen Wahnsinn gefangenhält, dessen ungebändigter Zustand in sich nie wieder hergestellt werden kann.“ (Foucault 1973: 13)*

Foucaults Zitat bezieht sich auf den gesellschaftlichen Prozess, der dazu geführt hat, dass bestimmtes menschliches Erleben nicht mehr als Alltagserfahrung toleriert wird. Als historischer Wendepunkt wurde hierbei in Mitteleuropa der Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert bzw. der Aufklärung zur Moderne rekonstruiert. Mit der disziplinär gesellschaftlichen Neuordnung wurden diese Menschen unter Gesichtspunkten der Vernunft, Rationalität, Ordnung und Verantwortung als soziale Randgruppe konstruiert. Der disziplinierende und kontrollierende Funktionsmechanismus des psychiatrischen Diskurses wirkt durch dessen Normsetzung prinzipiell auf alle Mitglieder einer Gesellschaft. Die Norm sozial akzeptierten Verhaltens bzw. psychischer Gesundheit wird so im alltäglichen Leben und in der sozialen Interaktion überwacht.

Im Folgenden ist es mir wichtig aufzuzeigen, dass die Psychiatrie im Nationalsozialismus und der DDR an der Ausübung von Macht beteiligt war. Da entsprechende Wissensvorräte und Diskurse über Sprache und soziales Handeln bis in die Gegenwart und Zukunft wirksam werden können, ist es für mich unabdingbar, darauf einzugehen. In biographischen Konstruktionen kann die Tradierung, subjektive Interpretation und handelnde Aneignung gesellschaftlicher Wissensstrukturen und Diskurse sichtbar werden. Dafür spricht, dass in einigen meiner analysierten Fälle der Diskurs des „Nicht-lebenswert-Seins“ als Deutungsrahmen aktualisiert wurde. Wie bereits anhand der gesellschaftlichen Stigmatisierung und Abwertung dargestellt wurde, ist auch auf gesellschaftlicher Ebene eine Aktualisierung überwunden geglaubter Diskurse zu befürchten, insbesondere in politischen und ökonomischen Krisen.

### 2.3.5.1 Psychiatrie im Nationalsozialismus

Die nationalsozialistische Ideologie knüpfte an Ideen von Eugenik, Rassenhygiene und Degeneration an, die bereits vor der Wende zum 20. Jahrhundert Bedeu-

tung gewannen. Leitlinien einer Nation als organischer Volkskörper, den es gilt, rassisch-kulturell durch die Verhinderung der Fortpflanzung erblich belasteter Menschen gesund zu erhalten, waren anschlussfähig an biologische und sozialdarwinistische Medizindiskurse.

Am 14. Juli 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. Dieses wurde unter anderem gegen Menschen mit den Diagnosen manisch-depressive Störung und Schizophrenie, beides Diagnosen meiner InterviewpartnerInnen, auch unter Zwang durchgesetzt (Blasius 1994: 147)<sup>40</sup>. Gesellschaftliche Strukturen zur Umsetzung waren z.B. Erbgesundheitsgerichte, Gutachterausschüsse und erbbiologische Beratungsstellen (Brückner 2011: 127), in denen psychiatrische Gutachter mit Politik, Rechtssystem und Verwaltung zusammenwirkten. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurden bis zu 400.000 Menschen sterilisiert, ca. 5.000 starben bei diesen Eingriffen (vgl. Klee 1999; Doetz 2009: 34).

In der „Gleichschaltung“ von Psychiatrie und Ideologie (Friedlander 1998: 56) zeigte sich die Komplementarität der herrschenden wissenschaftlichen mit den politischen Diskursen, wodurch alternative Deutungs- und Behandlungsmuster verdrängt wurden. Rassenzugehörigkeit und Leistungsfähigkeit wurden entscheidende gesellschaftliche Normen, an denen der Nutzen und soziale Wert eines Menschen in Bezug zur gesamten Nation gemessen wurde. In Verknüpfung oder Überlagerung mit volkswirtschaftlichen Kriterien wurden auf diese Weise als „unbrauchbar“ und „minderwertig“ klassifizierte Menschen als „Ballastexistenzen“<sup>41</sup> abgewertet (Brink 2011: 254). Diese Abwertung erfüllte gesellschaftliche Funktionen: z.B., Gesunde und Leistungsfähige aufzuwerten oder „Unbrauchbaren“ die Schuld an Krisen des Wohlfahrtssystems und damit verbundenen Kostensteigerungen zuzuschreiben. Im juristischen Diskurs fand dies seinen Ausdruck in der Unterordnung individuellen Lebensrechts bis zur Aberkennung grundlegender Menschenrechte auf Fortpflanzung, Eheschließung, höhere Bildung wie auch das Leben an sich. Diese Menschen wurden also nicht nur aufgrund (naturwissenschaftlich) objektivierten Verhaltens, Handelns bzw. Denkens als psychisch krank definiert und Maßnahmen von (Zwangs-)Behandlungen und Ausschluss initiiert. Unter rassenideologischen und ökonomischen Gesichtspunkten wurde über ihre Lebenschancen entschieden (Brink 2011: 275ff; Binding/Hoche 1920: 54). Kranke und Behinderte wurden zur „Verschiebemasse“

---

40 Vorausgegangen waren bereits 1905 die Gründung der „Gesellschaft für Rassenhygiene“ und das Erscheinen der Schriften „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ des Juristen Karl Binding (1841-1920) und des Psychiaters Alfred Hoche (1865-1943) sowie die „Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger“ von Robert Gaupp 1925 (Blasius 1994: 135, 140).

41 Diesen Begriff prägte der Psychiater Alfred Hoche (Binding/Hoche 1920: 55).

(Brink 2011: 271). Sie wurden innerhalb der Anstalten in zu Tötende bzw. zu Vernachlässigende, Heilbare bzw. Nützliche selektiert. In diesem System spielte Arbeitsfähigkeit zum Nutzen der Nation eine entscheidende Rolle für das Überleben. Den Strukturen der Kontrolle, Überwachung und Selektion konnten sich Betroffene und deren Familien nur schwer entziehen (Schmuhl 2001: 295ff).

Am 1. September 1939 begann unter dem Deckmantel des religiös verbrämten „Gnadentodes“<sup>42</sup> die sogenannte „Euthanasie“-Aktion (Schmuhl 2001: 303) deren Zielgruppe die Menschen waren, „*die das furchtbare Gegenbild echter Menschen bilden*“ (Binding/Hoche 1920: 32). Bereits vor 1935 war die Abtreibung aus eugenischer Indikation legalisiert worden und praktizierte man das Verhungernlassen von Kindern bzw. verabreichte ihnen erhöhte Medikamentengaben. Der sogenannten „Kinder-Euthanasie“ mit mehr als 5.200 Opfern (Aly 2013: 113) folgte ab 1940/41 die planmäßige Ausdehnung der Morde auf erwachsene PatientInnen, die sogenannte „Aktion T4“. Dieser fielen etwa 70.000 erwachsene Menschen (vgl. Faulstich 2000: 218ff; Aly 2013: 42-49) sowie weitere 4.500 Kinder (Aly 2013: 113) zum Opfer.<sup>43</sup>

Es gab jedoch auch Gegenbewegungen, die Leben retten konnten. Am 24. August 1941 wurde ein offizieller Abbruch erwirkt, weil die Bevölkerung zunehmend beunruhigt war und konfessionelle Würdenträger, insbesondere der katholischen Kirche, protestierten (vgl. Stöckle 2010; Strohm 2010:130-133; Aly 2013: 174-192). Die Morde wurden trotzdem in der sogenannten „wilden Euthanasie“ fortgesetzt und systematisch auf kranke KZ-Häftlinge, jüdische PatientInnen und ZwangsarbeiterInnen ausgeweitet. Insgesamt kamen so etwa 250.000 bis 300.000 kranke und behinderte Menschen um (Schmuhl 2001; Baader 2009). Die Euthanasie-Aktionen verschärfen sich korrespondierend mit dem Verlauf des Krieges, aus dem immer mehr Verletzte heimkehrten, für deren Versorgung man die Krankenhäuser von ohnehin unerwünschten Menschen räumte (Schmuhl 2001: 313ff). Von ihrem Heilungsanspruch entfernte sich die Institution Psychiatrie damit bis Kriegsende immer mehr. Kranke, die nicht Mord oder Hunger zum Opfer gefallen waren, wurden bestenfalls verwahrt und extrem vernachlässigt.

---

42 Die Schrift der Sozialdarwinisten Karl Binding und Alfred Hoche (1920) zur Vernichtung lebensunwerten Lebens erlangte im Vorfeld an Bedeutung. Danach gebe es Geschöpfe, deren Tod eine Entlastung für sie selbst, den Staat und die Allgemeinheit darstelle (Binding/Hoche 1920: 30-32; 53-54).

43 In der vorliegenden Studie fanden sich Hinweise auf Opfer und Täter dieser Aktion: So sei die Tante eines Interviewpartners, bei der Epilepsie diagnostiziert wurde, Opfer geworden (Interview Eichler II). In einer anderen Familie konnten sich Angehörige mit den Diagnosen Chorea Huntington (=Veitstanz) und Schizophrenie offenbar der Verfolgung entziehen, vermutlich durch Anpassung und Identifikation mit dem System (Archivunterlagen BAArch). Die als Juristen tätigen Urgroßvater und Großvater mütterlicherseits der Interviewpartnerin waren Mitglieder der NSDAP und weiterer NS-Organisationen.



Das Ende der nationalsozialistischen Herrschaft am 8. Mai 1945 erforderte eine individuelle – auf Seiten der (Angehörigen der) Opfer, Täter und Mitläufer – und gesellschaftliche Verarbeitung des Geschehenen. Die Teilung Deutschlands führte zum Aufbau unterschiedlicher Gesundheitssysteme und damit auch der Psychiatrie. Beide deutsche Staaten bezogen sich in ihrer Innen- und Außenpolitik jeweils aufeinander, was auch anhand der Psychiatriegeschichte deutlich wurde (Hanrath 2003: 31; Thom/Weise 1973). Auf gemeinsamen historischen Wurzeln und der strukturellen Ausgangslage<sup>44</sup> verlief die Psychiatrieentwicklung bis etwa 1975 in beiden deutschen Teilstaaten ähnlich (Bach 1992: 26), jedoch mit ideologisch geprägten Besonderheiten. Der Bezug auf den Nationalsozialismus war für beide gleichermaßen bedeutsam, ebenso das spätere Anknüpfen an die Reformideen der Weimarer Republik, insbesondere in Bezug auf Arbeitstherapie (vgl. Kersting 2003: 63ff; Schulz 2003: 87ff). Beide Entwicklungslinien wurden nach 1989 zusammengeführt. Deshalb trägt das folgende Kapitel zu Einordnung und Verständnis von Psychiatrieerfahrung vor und nach 1989 bei.

#### 2.3.5.2 Psychiatrie in der DDR

In der DDR vollzog sich die Psychiatrieentwicklung im Wesentlichen in vier Phasen, die mit politischen und ökonomischen Phasen korrespondierten (Loos 1992: 174ff).

Die DDR repräsentierte ihrem Selbstverständnis nach einen antifaschistischen Staat, der sich nicht als Rechtsnachfolger des nationalsozialistischen Deutschland verstand. Auf der Grundlage der marxistisch-leninistischen Ideologie sollte eine „Diktatur des Proletariats“ errichtet werden, auf die trotz Abgrenzung von anderen Diktaturen wesentliche Merkmale totalitärer Herrschaft zuträfen. In diesem Selbstverständnis erklärte man den an sozioökonomische Bedingungen des Kapitalismus gebundenen Faschismus mit dem gesellschaftlichen Umbruch 1945 für überwunden. Die Auseinandersetzung mit individueller oder kollektiver Verstrickung mit dem Nationalsozialismus wurde gesellschaftlich tabuisiert. Deshalb gab es weder eine öffentliche Erinnerungskultur an die Opfer der „Euthanasie“ und der Krankenmorde noch eine Thematisierung im öffentlichen Diskurs. Erst aus der Phase des Systemzerfalls der 1980er Jahre sind Versuche der Aufarbeitung und Erinnerung, z.B. durch Dr. Späte und Dr. Thom (www.gedenkstaettebernburg; Frey 1999: 106-107), bekannt geworden. Diese interne Auseinandersetzung bzw. der wissenschaftliche Diskurs unterschieden

---

44 Ich meine hier die Kriegs- und Vernichtungsfolgen, Kontinuität der Großanstalten mit Massenschlafsälen, Zwangsmaßnahmen und Personalmangel (vgl. Faulstich 2003; Trenckmann 1992: 171). Beispielweise waren von ehemals 30.000 nur noch etwa 6.000 Patienten in den Anstalten verblieben.

sich jedoch wesentlich vom öffentlichen Diskurs. Letzterer thematisierte die Beteiligung der Psychiatrie an der NS-Vernichtungspolitik nicht. Das nicht darüber Sprechen führt jedoch dazu, dass das Leiden der Opfer nicht anerkannt wird. Zudem konnten Täter dadurch lange Zeit gedeckt werden.

1948 wurde zwar die Entnazifizierung als abgeschlossen erklärt und verantwortliche Täter exemplarisch verurteilt. Begünstigt durch ökonomische Zwänge und personelle Abwanderung in den Westteil verblieb jedoch ein hoher Anteil des psychiatrischen Personals bis in die 1960er Jahre in der universitären Lehre und Therapie, konnte zum Teil Karriere machen und erhielt staatliche Ehrungen (vgl. Schleiermacher 2007: 27-42; Klee 1993: 103, Ernst 1997: 188-193; 375-383). Es wurden vor allem die Amtsärzte entlassen, während niedergelassene Psychiater ungehindert weiterpraktizieren konnten. Bis 1952 waren im Zuge der Reintegration politisch belasteter Hochschullehrer unter den Medizin-Ordinarien 42,9% ehemalige NSDAP-Mitglieder erneut im Amt (Ernst 1997: 147; Malycha 2007: 167). Statt Berufsverbot zu verhängen, reichte mitunter ein „Sühneinsatz“, z.B. in der Seuchenbekämpfung (Ernst 1997: 181-186), für die Wiederaufnahme einer Hochschullaufbahn. Außerdem funktionierten alte Netzwerke weiter. Das Menschenbild des Nationalsozialismus konnte damit lange Zeit die Haltung gegenüber den PatientInnen mitbestimmen und an nachfolgende MedizinerInnen tradiert werden. Erst die beginnende Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im NS durch jüngere PsychiaterInnen eröffnete Möglichkeiten für Reformideen und damit für Veränderungen der Behandlung, Therapie und Rehabilitation (Frey 1999: 106).

Die Institution Psychiatrie war als Teil des Gesundheitswesens in die zentralistische Herrschaftsstruktur der Gesellschaft eingebunden.<sup>45</sup> Damit war die Gesundheitspolitik mit den ideologisch verankerten Zielen beim Aufbau der sozialistischen Gesellschaft verknüpft und „*ein Bestandteil politischer und staatlicher Tätigkeit*“ (Thom/Weise 1973: 106). Ziele waren daher die Planbarkeit, Prävention von Krankheiten und Erziehung zur Gesundheit (ebd.: 21-22, 97). Die Übertragung der Grundannahmen des wissenschaftlichen Materialismus auf die psychiatrische Theoriebildung bewirkte die Annahme, dass das (Krank-)Sein des Menschen durch dessen gesellschaftliches Dasein dialektisch determiniert sei (Thom/Weise 1973).

Strukturelles Merkmal des Systems war die prinzipiell analoge Entwicklung in allen Regionen. Obgleich die Behandlungsstrukturen einheitlich gesetzlich geregelt waren, konnte dies im Einzelfall sowohl Vor- als auch Nachteile bedeuten, da die Richtlinien und Rahmenbedingungen stets regional und personell abhängig umgesetzt wurden. Insgesamt bestand jedoch während der gesamten Existenz

---

45 Dies wird gewissermaßen als Kontinuität der Strukturen des nationalsozialistischen Gesundheitssystems bewertet (Loos 1992: 170).

der DDR ein Mangel an finanzieller und materieller Ausstattung, der die Modernisierung und Reformumsetzung hemmte (Frey 1999: 103-104).

Für die damalige und heutige Wahrnehmung der DDR-Psychiatrie ist vor allem deren Verstrickung mit dem Ministerium für Staatssicherheit (MfS) und der staatstragenden Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) bedeutsam. Die gezielte Anwerbung ehemaliger NSDAP-Mitglieder als informelle Mitarbeiter (IM)<sup>46</sup> des MfS bzw. als Mitglieder der SED trug in den 1950er Jahren (Leide 2005) zunächst zu personellen Kontinuitäten bei. Ab den 1960er Jahren wurden aus den jüngeren Alterskohorten vor allem leitende Ärzte als Mitglieder der SED bzw. MitarbeiterInnen des MfS geworben. IM in Schlüsselpositionen stellten die machtpolitische Einwirkung auf die Personal- und Gesundheitspolitik sicher. In der Psychiatrie waren gegenüber den anderen medizinischen Fächern wesentlich mehr IM im Einsatz. 66 von 170 ausgewerteten Akten der Staatssicherheit (Stasi) betrafen PsychiaterInnen, was etwa 3-5% der Ärzte entsprach (Süß 1999: 271-273). Ein Psychiater war als hauptamtlicher Offizier im Haftkrankenhaus des MfS tätig (ebd.: 740), weitere im Bereich der forensischen Psychiatrie. Letztere begutachteten bspw. auch die psychischen Folgen der politischen oder anders begründeten Haft. Als politische Abweichung wurde bereits die Antragstellung auf Ausreise aus der DDR gewertet, welche Repressalien in allen Lebensbereichen nach sich ziehen konnte (vgl. Deutscher Bundestag 1998: 21-22; Dümmel 2002b: 32-36; Horvay 2008). Eine Abweichung von den kollektiven sozialen Normen der sozialistischen Gesellschaft konnte pädagogische Korrektive bis zur Inhaftierung bedeuten. An der Kontrolle und Verwahrung sozial und ideologisch Abweichender waren Psychiater in verschiedener Hinsicht beteiligt. Die gesellschaftliche Konstruktion von sozialer Abweichung orientierte sich an ideologisch begründeten gesellschaftlichen Maßstäben der sozialistischen Gesellschaft. Individuelle, der kollektiven Unterordnung und Homogenisierung widersprechende Lebensentwürfe konnten bereits als Abweichung gelten.

Eine Entwicklung sozialer Abweichung – bis zur Einweisung in die Psychiatrie – veranschaulicht der Fall „Frau Weise“ im Rahmen einer Studie von Vivian Heitmann (1999). Die Frau wurde „auffällig“, da sie bevorzugt in privatwirtschaftlichen Betrieben arbeitete, mehrfach ihre Arbeitsstellen wechselte und in einer Alternativszene lebte. Schon in einem bestimmten Milieu zu leben und zu arbeiten, wurde als Abweichung gewertet. Sie entzog sich damit verordneten kollektiven Arbeits- und Lebensformen und Normen, geriet unter staatliche Kontrolle und wurde schließlich mehrfach in einer psychiatrischen Klinik behandelt (Heitmann 1999: 111-115). Die von ihr und einem weiteren Fall (ebd.: 101-105) vermutete „Denunziation“ als Auslöser für die psychiatrische Behandlung ver-

---

46 Etwa jeder hundertste Einwohner war als IM in der Kartei des MfS verzeichnet. Zuletzt waren es 174.200 Personen. Nur etwa 17% davon waren Frauen (vgl. Müller-Enbergs 2002a: 72f).

weist auf die ständige Präsenz des gesellschaftlichen Überwachungssystems, welches Angst, Misstrauen und Gefühle, wie beobachtet oder verfolgt zu werden, begünstigte. Meiner Meinung nach deuten diese Phänomene auf die von Ingrid Miethe (2000) beschriebene Durchdringung des privaten Raums durch den öffentlichen Raum hin (Miethe 2000: 163ff).

Im psychiatrischen Diskurs gelten Verfolgungsängste bzw. -wahn als Symptome von zum Teil schweren Störungen (vgl. Peters 2000). Der Kontext bzw. die Einstellung der befragenden Repräsentanten der jeweiligen Institution (Justiz, Psychiatrie, MfS) konnte über die Bewertung einer Abweichung als politisch oder psychiatrisch entscheiden. Diese Nähe wird in einem Zitat der Eltern eines jungen Psychiatriepatienten deutlich: „*Man wußte, Psychiatrie, das ist nicht weit vom Strafvollzug oder vom MfS.*“ (Heitmann 1999: 124). Im therapeutischen Kontext konnte dies den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung beeinträchtigen, die jedoch von Bedeutung für Gesundungsprozesse ist. Dadurch wurde ein authentischer Dialog behindert (Plog 1995: 292, 294), zumal einige Psychiater die gesetzliche Schweigepflicht verletzten (Süß 1999: 263-282).

Auch die Ergebnisse meiner Studie verweisen auf die Verbindung zwischen Psychiatrie und Staatssicherheit und daraus resultierenden Konflikten. So wurde eine Interviewte (\*1950) in ihrem familialen Milieu als IM geworben, unterschrieb in den 1970er Jahren eine Verpflichtung, weigerte sich dann jedoch später, andere Personen zu beschatten. Ihr in diesem Zeitraum beginnendes Symptom „Verfolgungswahn“ scheint mit dieser konflikthaften Erfahrung in Zusammenhang zu stehen. Da ihr die folgenlose Beendigung vermutlich damals nicht bekannt war (Enbergs 2002: 72), fühlte sie sich zunehmend getrieben, wechselte häufig ihre Arbeitsstellen und wurde Psychiatriepatientin. Ihre Ängste und Konflikte wurden nach der Wende reaktiviert und wirkten sich nochmals belastend auf ihr psychisches Befinden aus. Eine andere Interviewte (\*1964) war mit einem Unteroffizier der Stasi verheiratet und erlebte Überwachung, Kontrolle und Abwertung als Teil ihres Alltags. Diese Erfahrungen fanden später ihren Ausdruck in ihrer Vorstellung von „*spinnenartigen Krabbeltieren*“ in ihrem Körper und Gehirn sowie Depressionen. Ihre lebensgeschichtlich verankerte Angst vor Kontrolle und Überwachung zeigte sich auch in der Interviewsituation an ihrer Angst vor dem Aufnahmegerät. Ein weiterer Interviewpartner (\*1964) befürchtet heute noch, in seinem Wohnumfeld belauscht zu werden. Als Sohn eines leitenden Arztes im Strafvollzug, der vermutlich Stasioffizier war, wurde er besonders für die Wahrnehmung von allgegenwärtiger Kontrolle sensibilisiert. Bereits im Polizei-Kindergarten wurde er mit einem systemnahen Milieu vertraut. Er erlebte Kontrolle und Gewaltanwendung zwischen seinen Eltern und deren zum Teil bis heute andauernde Kontrolle ihm gegenüber. Im jungen Erwachsenenalter wurde

er wiederholt von staatlichen Organen kontrolliert. Die jüngste Interviewpartnerin (\*1978) erlebte als Kind die beängstigende Beschattung der Familienwohnung durch die Stasi. Ein Großvater hatte sich in den 1950er Jahren als IM verpflichtet. Außerdem spielen in ihrer Familiengeschichte das berüchtigte Frauengefängnis Hoheneck und ein Arbeitslager eine Rolle. Als Kind empfand sie bei Verwandtenbesuchen die Bedrohung, die von diesen Orten ausging. Die damit verbundene gesellschaftliche und familiäre Tabuisierung trug zu ihrem fortgesetzten Gefühl von Beobachtung und Verfolgung bei. In einigen Interviews wird berichtet, wie der innerfamiliäre Dialog zwischen systemkonformen oder -kritischen und Familienmitgliedern aus der Bundesrepublik gesteuert wurde. Je nach Konstellation und Kontext wurde über Themen in differenzierter Art und Weise gesprochen, woran sich die ständig präsente Kontrolle über Gedanken und Gesagtes bis in die Familiensysteme zeigte. Die Interviewten haben dafür Strategien erworben, auch wenn es keine konkreten Verfolgungserfahrungen mit der Stasi gab. Am deutlichsten zeigte sich dies bei Angelika Wunderwald im Zusammenhang mit ihrer ersten Einweisung in die Psychiatrie zu Beginn des Jahres 1989 (siehe Kapitel 4.1.9). Ich halte es für möglich, dass die Nähe zum Staatssicherheitssystem und damit das implizite Wissen über deren Bezug zur Psychiatrie in den vorab skizzierten Fällen mit dazu beigetragen hat, dass diese meist erst *nach* 1989 PsychiatriepatientInnen wurden.

In der Literatur wird mehrfach darauf hingewiesen, dass Ängste, Unsicherheiten und Konflikte mit dem Sicherheitssystem zu Verhaltensphänomenen beitrugen, die als psychische Störungen diagnostiziert wurden. Friedrich Wilhelm Groß beschreibt einige Fälle, deren schizophrene Symptome solche Konflikte mit widerspiegeln. Er benennt diese treffend als „Syndrome biographischer Zeitgestalt“, die eng mit der deutschen Geschichte beider Diktaturen verwoben gewesen seien (Groß 1996: 103-107, 173, 217; siehe auch Plänkens et al. 2005: 27-53; Süß 1999: 533-534; 713- 730). Es waren sowohl Opfer wie auch Täter im gesellschaftlichen Überwachungssystem betroffen. Schizophrene Psychosen drückten das problematische und konflikthafte Erleben offenbar entsprechend aus.

Die Sozialisation in einem gesellschaftlichen und familialen Klima mit realer oder imaginierter Kontrolle und Beobachtung begünstigte ständige Wachsamkeit, Selbstkontrolle und Unsicherheit. Die geringe bzw. zensierte Thematisierung von Stasi, Psychiatrie und Justizvollzugssystem im öffentlichen Diskurs legt die Vermutung nahe, dass dadurch Phantasien und Mythen über diese Institutionen begünstigt wurden. Gerade die selektive Informationsweitergabe konnte zu subjektiver Unsicherheit und Angst beitragen. Man konnte nicht sicher sein, bei ideologisch abweichend bewertetem Verhalten nicht Opfer von willkürlichen Disziplinierungsmaßnahmen zu werden (siehe vorherige Beispielfälle). Hinzu

kam, dass vor allem durch eigene oder erzählte Erfahrungen mit diesen Systemen (Halb-)Wissen über Maßnahmen und Zustände in Einrichtungen weitergegeben werden konnte. In einer 1993 von Matthias Angermeyer und Herbert Matschinger durchgeführten Studie gaben 1.100 Personen an, über persönliche Erfahrung oder vermitteltes Wissen zu verfügen (Angermeyer/Matschinger 1995: 38). Da eine vollständige Informationskontrolle nicht möglich war, gelangten Berichte über skandalöse Verhaftungen, Verurteilungen, Zwangseinweisungen, Zustände in Gefängnissen und psychiatrischen Kliniken an die Öffentlichkeit, zum Teil auf Umwegen über bundesdeutsche Medien. Der Zugang zu westlichen Medienberichten über Zustände und Praktiken in der Psychiatrie, insbesondere im Zusammenhang mit der Antipsychiatriebewegung ab den späten 1960er Jahren, wird kritische Haltungen gegenüber der DDR-Psychiatrie begünstigt haben. Trotzdem bestand Unsicherheit über das Ausmaß. Vieles wurde erst im Kontext der Aufarbeitung durch die Kommission zur Untersuchung des DDR-Unrechts in der Psychiatrie bekannt, z.B. im Zusammenhang von ideologisch bedeutsamen Großveranstaltungen wie den X. Weltfestspielen der Jugend 1973 in Berlin bzw. Staatsfeiertagen (Plog 1995: 287). Im Vorfeld dieser Veranstaltung(en) gab es 604 rechtsstaatswidrige polizeirechtliche Psychatrieeinweisungen zur Sicherstellung der Ordnung (Süß 1999: 523). Mehr als 4.000 weitere Personen wurden festgenommen bzw. Verfahren wegen „asozialen Verhaltens nach § 249 StGB“ eingeleitet (Süß 1999: 524). Psychisch auffällige Personen und AlkoholikerInnen galten in hohem Maße als Unsicherheitsfaktoren. Sie konnten die soziale Ordnung stören oder im Wahn Wahrheiten aussprechen. Während politischer Großveranstaltungen galten deshalb „Ausgangsbeschränkungen“ (ebd.: 527, 535ff). Grundlage für die Definition der Personengruppen waren Dokumente des MfS und weiterer Sicherungsorgane, z.B. der Kriminalpolizei (ebd.: 537-538). Auch wenn diese Anweisungen regional und personal unterschiedlich, teilweise auch widerständig verwirklicht wurden (ebd.: 546-547), gehe ich davon aus, dass vor 1989 vor allem die restriktive, Freiheit einschränkende Umsetzung in den öffentlichen bzw. informellen Diskurs einging und die Meinung über die Psychiatrie mit beeinflusste.

Vereinzelt bekannt gewordene Fälle von „Psychiatisierung“ ideologisch abweichender, gesunder Menschen trugen besonders öffentlichkeitswirksam zum Bild der DDR-Psychiatrie bei. Psychiatisierung bedeutet die unfreiwillige psychiatrische Diagnostizierung und Behandlung von Menschen aufgrund ideologischer oder sozialer Abweichung. In Abgrenzung zum politischen Missbrauch der Psychiatrie gegen Andersdenkende in der Sowjetunion bekräftigte die Kommission zur Untersuchung des DDR-Unrechts in der Psychiatrie, dass dies für die ehemalige DDR lediglich für wenige Einzelfälle belegt sei (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1997; Jachertz 2009). Schein-

bar geringe Fallzahlen können jedoch nicht über individuelles leidvolles Erleben infolge unrechtmäßiger psychiatrischer Behandlung sowie die Willkür und Allgegenwärtigkeit gesellschaftlicher Machtstrukturen hinwegtäuschen oder dieses bagatellisieren. Da keine konkreten Zahlen politisch inhaftierter und widerrechtlich psychiatrisierter Menschen bekannt sind, ist die Geringfügigkeit ohnehin anzuzweifeln. Giselher Spitzer deckte z.B. in einer Studie für den Bereich des Sports die systematische Zwangseinweisung als Resultat der intensiven Überwachung durch die Stasi während der zentralen Deutschen Turn- und Sportfeste in Leipzig auf (Spitzer 2005: 117-122).

Stellvertretend zitiere ich hier einen der bekannt gewordenen und bis 2009 nicht rehabilitierten Fälle: Der Arzt Dr. Eckstein wurde mehrfach, 1986 und 1989, nach Auseinandersetzung mit staatlichen Behörden, zwangsweise in die Psychiatrie eingewiesen.

*„Über Jahre wurde ich von der Staatssicherheit im Rahmen Operativer Personenkontrolle überwacht und neben anderen Repressalien wie meiner fristlosen Entlassung von meiner damaligen Arbeitsstelle zweimal gewaltsam psychiatrisch eingewiesen. Die Gründe: Ich habe ab 1985 – seinerzeit selbst Mitglied der SED – die SED-Kreisleitung in meinem Wohnkreis kritisiert, habe u. a. gesagt, daß ich den damaligen 1. Sekretär der SED-Kreisleitung für unfähig halte, diesen Kreis zu leiten. Wie aus den Stasi-Unterlagen hervorgeht, störte die damaligen Machthaber insbesondere meine Hartnäckigkeit, zum anderen die Anerkennung, die mir als wissenschaftlichem Leiter der Arbeitsgruppe ‚Mikrofilmtchnik in der Medizin‘ entgegengebracht wurde. Auch meine psychiatrischen Einweisungen geschahen in diesem Zusammenhang [...]“ (zit. nach Weinberger 2009: 122,123).*

Die Psychiatrie war auch an der Tabuisierung weiterer gesellschaftlicher Phänomene beteiligt, wie z.B. der Vertuschung der hohen Selbstmordraten ab 1968 (Grashoff 2006: 303ff; Loos 1992: 178) oder des Alkoholismus. Suizide gelten im psychiatrischen Diskurs als Folgen oder krankhafte Zuspitzung von psychischer Störung (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011; Möller 1992: 381ff). Deshalb bedingen Suizidversuche meist eine stationäre Aufnahme. Die genannten Phänomene widersprachen der Überlegenheit der sozialistischen Gesellschaft und ihrer positiven Wirkung auf die Gesundheit der Bürger. Daher wurden ihre Ursachen den Individuen zugeschrieben und nicht in der Gesellschaft gesucht.

Die Stasi-Aufarbeitung hat aufgezeigt, wie diese systematisch mit an der Genese psychischer Störungen bis zum Suizid beteiligt war (Knabe 2002: 30; Dümmel 2002a: 22). Für die systematische „Zersetzung der Seele“ (Behnke/Fuchs 1995) wurden als Bestandteil der Kontrolle und Verfolgung gezielt psychologische Methoden eingesetzt. Dazu wurden fünf Methoden so in die Alltagswelt der Verfolgten integriert, dass diese intendierte Folgen wie z.B. Verlust des Selbstvertrauens, Unsicherheit, Verwirrung, Misstrauen und Zweifel auslös-

ten. Es wurden z.B. berufliche Misserfolge gesteuert oder soziale Abweichungen wie Homosexualität unterstellt. Ziel war unter anderem die Selbstzuschreibung von Misserfolg und Schuld sowie letztlich Resignation (vgl. Knabe 2002: 27-30; Bayer-Katte 1995: 84-99; Fuchs 1995: 76). Ein weiterer Aspekt sind haftinduzierte psychische Störungen, die zum Teil zu Suiziden führten (Pross 1995: 303-315). Damit war die Stasi in höherem Maße an der Psychiatrisierung gesunder Menschen beteiligt. Darauf verweisen auch bis in die Gegenwart andauernde psychische Beeinträchtigungen (Bauer/Priebe 1996: 35ff).

Reformbestrebungen, die 1963 ihren Ausdruck in den „Rodewischer“ und 1974 den „Brandenburger Thesen“ fanden, trugen jedoch auch zur Übernahme sozialpsychiatrischer Ansätze, der Etablierung von ambulanten Angeboten wie Psycho- und Soziotherapie und Patientendemokratie sowie Maßnahmen der Rehabilitation bei (vgl. Späte/Otto 2010: 170-193; Schulz 2003: 97-100). Hauptziele der Rehabilitation waren die Wiedereingliederung in kollektive Zusammenhänge der Gesellschaft und die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit. Beide entsprachen den ideologischen Vorstellungen und Prägungen. Eine „Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ ermöglichte den Betroffenen die Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit (vgl. Quandt/Kollmorgen 1979: 172-175; Kraft/Stahl 1979: 180-183)<sup>47</sup>. Zu diesem (Re-)Integrationsmechanismus trug das Selbstverständnis der DDR als „Arbeitsgesellschaft“ bei. Jedoch motivierten auch ökonomische Faktoren wie Arbeitskräftemangel die Einsatzbetriebe (Frey 1999: 99). Die Erwerbssicherheit sagte zudem nichts über die Qualität der Tätigkeit und die Akzeptanz der Betroffenen in den Arbeitskollektiven aus. Auf subjektiver Ebene konnten diese abgewertet, stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Durch die *Arbeitspflicht* kam dem System der Erwerbsarbeit gleichzeitig eine bedeutsame Kontroll- und Erziehungsfunktion zu. Sich (bestimmter) Erwerbsarbeit zu entziehen, galt als „asozial“ und konnte nach § 249 des Strafgesetzbuches (1968) erzieherische bzw. rechtliche Maßnahmen nach sich ziehen (vgl. Lindenberger 2003: 179-191; Heitmann 1999: 27-29). Die kollektive Organisation der Erwerbsarbeit und deren Kooperation mit Behörden, Gerichten und gesellschaftlichen Organisationen erfüllten Funktionen in diesem Kontrollsystem. Der pädagogische Diskurs in Bezug auf das (Wieder-)Erlernen, den Anforderungen der Gesellschaft gerecht zu werden, bestimmte das gesamte psychiatrische System mit (Schulz 2003: 95). In der Versorgungsforschung (vgl. Groß 1995; Plänkers et al. 2005; Heitmann 1999) wird die Ambivalenz zwischen

---

47 Die Beiträge sind Teil einer Gesamtdokumentation des 1977 durchgeführten Kongresses der Gesellschaft für Psychiatrie der DDR, unter Beteiligung international anerkannter Autoren. Die Veröffentlichung verdeutlicht den Entwicklungsstand der Psychiatrie, den Einsatz und die Diskussion um Wirkungen/Nebenwirkungen von Psychopharmaka, ebenso die Bedeutung von Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation (Schulze/Poppe 1979).



gesicherter sozialstaatlicher Versorgung psychisch Kranker, vor allem in den Lebensbereichen Wohnung und Arbeit (vgl. Heitmann 1999; Frey 1999; Groß 1995), und der Behinderung von psychosozialen Entwicklungsprozessen der Individuen betont. Der Status als PsychiatriepatientIn und RehabilitandIn war sowohl mit umfassender fürsorglicher Betreuung und Begleitung wie auch Kontrolle durch Ärzte, Beratungsstellen und FürsorgerInnen (Heitmann 1999: 75-92, 105-107) oder Stigmatisierung und Ausgrenzung (Frey 1999: 111-112; Heitmann: 79) verbunden. Er konnte ebenso sozialer Statusverlust bedeuten (vgl. Heitmann 1999: 103).

Erwerbstätigkeit war tief im Bewusstsein der meisten DDR-BürgerInnen als Selbstverständlichkeit verankert, ob als RehabilitandIn oder Mitglied eines Arbeitskollektivs. Das Wissen um die weitestgehende Erwerbssicherheit auch im Krankheitsfall legt die Annahme nahe, dass Erwerbsarbeit und sinnvolle Beschäftigung auch nach dem Ende der DDR einen Orientierungsrahmen darstellen konnten. Die enge Verknüpfung von Erwerbsarbeit und gesellschaftlichem Engagement (siehe Kapitel 2.4.2.2) konnte das unentgeltliche Tätigsein selbstverständlich erscheinen lassen.

Insgesamt konnte sich der skizzierte reformorientierte Paradigmenwechsel der DDR-Psychiatrie wegen materieller, struktureller und personeller Grenzen nur ansatzweise durchsetzen (Frey 1999: 112; 114-116). Stellvertretend bekräftigt ein Zitat aus einem von Oliver Frey geführten Experteninterview,

*„daß wenig wirkliche Freiräume in diesem Prozeß der sozialen Integration, sondern immer geschützte, behütete, kontrollierbare Institutionen geschaffen wurden. Und daß insbesondere die Bereitschaft auch oft fehlte, Menschen mit diesen Handicaps oder bestimmten Beeinträchtigungen, die überhaupt keine dauernde ärztliche Betreuung notwendig machten oder erfordert hätten, auch voll in das soziale Leben zu integrieren. Das ist uns nicht gelungen, diese Vorbehalte aus der Welt zu schaffen. Also eine Menge von Widerständen, die diese unsichtbare Grenze zwischen dem Normalen und den schon mal in der Psychiatrie Gelandeten immer wieder aufrecht halten.“ (Frey 1999: 111)*

Zusammenfassend war die öffentliche Wahrnehmung der Psychiatrie in der DDR durch selektives Halbwissen gekennzeichnet. In der Psychiatrie fanden sich Formen der Anpassung an die Normen und Strukturen der Gesellschaft und deren Kontrollsystem wieder. Die teilweise Verstrickung in den Machtapparat – insbesondere Polizei, Justiz und MfS – sowie die gleichzeitige Tabuisierung im öffentlichen Diskurs speisten Phantasien, Mythen und Ängste. Dazu trugen auch zum Teil eklatante personelle und materielle Mängel sowie in den öffentlichen Diskurs gelangte Berichte bei. Für Menschen, die PsychiatriepatientInnen wurden, war es vom Kontext sowie personeller und regionaler Gegebenheit abhängig, wie abweichendes Verhalten definiert und „behandelt“ wurde. Psychiatrie

konnte in der DDR zur (zeitweisen) Exklusion führen, aber auch einen geschützten therapeutischen Raum darstellen. Insgesamt wurde im Unterschied zur Bundesrepublik die Dominanz der Anstalt und des biologisch-medizinischen Diskurses nicht überwunden. Die Verankerung der disziplinierenden und normalisierenden Funktion der Psychiatrie tief in der DDR-Gesellschaft entspricht dem Foucault'schen Verständnis, wie Macht manifest und latent ausgeübt wird. Die Wende eröffnete auf individueller Ebene neue Chancen, Risiken und Konflikte, was sich auch das psychische Befinden auswirkte. Der gesellschaftliche Umbruch als solcher musste bewältigt werden. Auf struktureller Ebene bot sich die Chance zur institutionellen Modernisierung durch die Implementierung des bundesdeutschen Modells. Damit wurden die Einflussnahme der PatientInnen auf die Psychiatrie und ihre Selbstorganisation möglich.

## 2.4 Bürgerschaftliches Engagement

### 2.4.1 Begriffliche Einordnung und Einführung

In den vergangenen 15 Jahren hat das Thema bürgerschaftliches Engagement eine hohe gesellschaftliche und politische Aufwertung erfahren, auch im internationalen Kontext. In Deutschland wurde 1999 vom Deutschen Bundestag eine Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“<sup>48</sup> eingesetzt, deren Ergebnisse und Handlungsempfehlungen 2002 veröffentlicht wurden. Ich schließe mich der Begrifflichkeit der Enquete-Kommission und den von ihr zugrunde gelegten Kriterien an. Bürgerschaftliches Engagement unterscheidet sich von anderen Formen gesellschaftlicher Arbeit durch die freiwillige Ausübung ohne einen rechtlichen, politischen oder ökonomischen Zwang. Es erfolgt grundsätzlich unentgeltlich, das heißt ohne eine Orientierung an einem Schema Leistung-Gegenleistung. Weitere Kriterien sind die Ausrichtung auf das Gemeinwohl außerhalb privater Netzwerke sowie die gemeinschaftliche Ausübung (Enquete-Kommission 2002: 57, 73ff; Sachverständigenkommission 2013: 8-9).

Für das Forschungsthema ist der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements am besten geeignet, da er sich auf den aktiven Einsatz von Bürgern oder „Citoyen“ (Gensicke et al. 2013: 18-19) durch Verantwortungsübernahme bezieht und daher handlungs- und ressourcenorientiert ist. Gleichzeitig wird damit auf verankerte staatsbürgerliche Rechte verwiesen, ohne die Individuen oder soziale Gruppen von Engagement ausgeschlossen werden können. Weiterhin um-

---

48 Diese Kommission widmete sich zwischen 1999 und 2002 der Analyse und Bestandsaufnahme des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland und erarbeitete strategische Handlungsempfehlungen. Die Veröffentlichungen umfassen zehn Bände zu verschiedenen Themen.

fasst der Begriff alle Formen von Tätigkeiten und Aktivitäten, durch die Individuen Beiträge zum sozialen Leben in einer Gesellschaft erbringen (vgl. Backhaus-Maul et al. 2003: 11; Roth 2003: 20ff). Auch klassische gewählte Ehrenämter (wie z.B. Vorstands- oder Gremienarbeit) sowie Selbsthilfe (vgl. Borgetto 2003; Wegner 2013) sind damit erfasst, da es um das Handeln von Bürgern im weitesten Sinne geht. Dies erscheint auch im Hinblick auf verschiedene parallel ausgeübte Engagementformen sinnvoll. Damit grenze ich mich von anderen in der Praxis und Forschung verwendeten Begriffen wie Ehrenamt, zivilgesellschaftliches oder freiwilliges Engagement, Freiwilligenarbeit, Freiwilligendienst ab. In der Forschung führen diese diskurs- und konjunkturbedingten Bezeichnungen zu schwer vergleichbaren Ergebnissen (WZB/BMFSFJ 2009: 21-22). Alle diese Begriffe sind entsprechend ihrer Geschichte bzw. ihrer Funktion unterschiedlich normativ aufgeladen bzw. mit Gratifikationen wie Ehre und Anerkennung verbunden, welche für AkteurInnen je individuelle Bedeutung erlangen<sup>49</sup>. Ihre scheinbare Trennschärfe erschwert jedoch den Umgang mit fließenden Übergängen, z.B. von einem Freiwilligendienst zu einem Engagement oder von einer Vorstandstätigkeit (also Ehrenamt) zu einem Selbsthilfeverein. Daher werden die Selbstdeutungen der in dieser Studie interviewten Engagierten berücksichtigt. Dafür spricht auch ein vermutlicher Wandel der jeweiligen Bedeutungen im Kontext der Lebensgeschichte, schon allein durch die Tatsache der gesellschaftlichen Transformation in Ostdeutschland.

Engagement wird in der gesellschaftlichen Praxis in vielfältigen Formen und Zusammenhängen wie traditionsreichen Wohlfahrtsverbänden, Religionsgemeinschaften, Parteien und Gewerkschaften, neuen sozialen Bewegungen (NSB), zeitlich und thematisch begrenzten Projekten oder Selbsthilfe (Behringer 2007: 204-211) ausgeübt. Es kann langjährig wie auch kurzfristig auf einzelne lebensgeschichtliche Abschnitte begrenzt sein. Vereine stellen seit etwa 200 Jahren die überwiegende Assoziationsform für die Ausübung bürgerschaftlichen Engagements dar (vgl. Best 1993; Röbbke 2012). Im Zuge des Wandels der Engagements nahmen außerdem Engagementformen wie Nachbarschaftshilfe und Bürgerinitiativen außerhalb dieser formalen Organisationen zu, die daher als informelles Engagement gelten.

Für die Interviewten meiner Studie bestanden bis 1989 andere Rahmenbedingungen und normative Anforderungen für Engagement. Sie waren zum Teil vor und nach der Wende engagiert. Unter Berücksichtigung der kritischen Aus-

---

49 Die sozialkonstruktivistisch orientierte Forschung versteht die Bezeichnungen als soziale Konstruktionen, die von der Sinnggebung der Akteure abweichen können (Musick/Wilson 2008: 503ff). Die Autoren diskutieren dies unter anderem anhand der Unterscheidung bzw. Übereinstimmung von „membership“, „volunteering“, „social activism“ und „informal helping“. Die Deutung einer Arbeit oder Aktivität hänge wesentlich vom sozialen Kontext ab (ebd.: 27-40).

einandersetzung mit der zentralistischen und kollektiven Struktur gesellschaftlicher Institutionen und der normativen Verpflichtung zur Mitgestaltung der Gesellschaft bezeichne ich dieses zunächst neutral als gesellschaftliches Engagement. Der normativ verpflichtende Charakter von Mitgliedschaften und Engagement in gesellschaftlichen Organisationen der DDR und die damit verbundene kontroverse Debatte um die fehlenden zivilgesellschaftlichen Strukturen für demokratisch-freiheitliches Handeln (vgl. Priller 1997; Backhaus-Maul/Olk 1992; Pollack 1993; Roth 1999) ist berechtigt. Es kommt jedoch auf eine differenzierte Perspektive bzgl. der Freiwilligkeit und die subjektive Bedeutung des Engagements an. Wie Detlef Pollack diskutiert, schlossen Partizipation und Engagement in einer der zentralisierten Organisationen Identifikation mit einer ehrenamtlichen Funktion, informelles Handeln oder Formen von Selbsthilfe nicht aus (Pollack 1993). Vielmehr wurden diese durchaus parallel ausgeübt. Weiterhin ist in diesem Kontext das Engagement der Opposition und Bürgerbewegung zu berücksichtigen (vgl. Rink 2008; Miethe 1999), die sich den staatlichen Intentionen entzogen bzw. widersetzten und eine eigene Engagementkultur entwickelten. Auf der Grundlage dieser meist im Schutz der Kirche angesiedelten oppositionellen Gruppen konnte sich im Herbst 1989 die Bürgerbewegung formieren, welche schließlich den gesellschaftlichen Umbruch bewirkte.

#### *2.4.2 Engagement aus historischer Perspektive*

An dieser Stelle wird auf einen breiteren Abriss der historischen Quellen ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland verzichtet und stattdessen auf relevante Entwicklungslinien und deren Repräsentation in der Literatur verwiesen (Wohlfahrtsstaat: Sachße 2011, Kaufmann 1987; Soziale Bewegungen: Roth/Rucht 2008; Zivilgesellschaft: Schmidt 2007; Klein 2001, 2011). Aufgrund der Relevanz für die vorliegende Studie gehe ich näher auf die Selbsthilfebewegung und Engagement in Ostdeutschland ein.

##### *2.4.2.1 Psychiatrische Selbsthilfebewegung*

Diese Selbsthilfebewegung ist mit historischen Entwicklungssträngen der Antipsychiatrie-Bewegung sowie der NSB verknüpft. Die erste antipsychiatrische Bewegung in Deutschland konstituierte sich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts. In diesen Zeitraum fällt auch die Gründung erster Selbsthilfeorganisationen (vgl. NAKOS 2010: 50; Franz 1987: 308ff; Schmiedebach 1996) bzw. medizinkritischer Bewegungen (Dinges 1996). Die antipsychiatrische Bewegung richtete sich gegen die Einschränkung bzw. Aberkennung der Bürgerrechte und die repressive inhumane Behandlung der Betroffenen in den Großanstalten und setz-

te sich für eine „reichseinheitliche Irrengesetzgebung“ (Brink 2010) ein. Eine Abschaffung der noch „jungen“ Institution Psychiatrie lag jedoch nicht in ihrem Interesse (vgl. Feger/Schneider 1981; Carri/Abrahamovicz 2013: 313; Schott/Tölle 2006: 206ff). Die Bezeichnung „Antipsychiatrie“ verdankt sie der Zuschreibung durch die kritisierten Psychiater. Für die spätere nationale und internationale Entwicklung einer antipsychiatrischen Bewegung waren die 1908 veröffentlichte Selbsterfahrung des US-amerikanischen Aktivisten Clifford W. Beers und die von ihm aufgebauten Mental-Health-Bewegung ein maßgeblicher Ausgangspunkt (Schippan 1993: 29-37). In den 1960er und 1970er Jahren entlarvte diese die Psychiatrie als gesellschaftliche Machtinstanz, stellte ihre Rolle innerhalb der Medizin infrage und forderte deren Abschaffung. Diese kritische Bewegung stützte sich hierbei auf soziologische, historische und psychiatriekritische Forschung und Konzepte (siehe Kapitel 2.3.4). Die antipsychiatrischen AkteurInnen in Europa verbanden ihre Forderungen mit Kapitalismuskritik. Entfremdung, Autonomiebeschränkung und geistige Unfreiheit wurden z.B. von Laing und Cooper als Ausdruck des Kapitalismus verstanden. Ihr Mitte der 1960er Jahre eröffnetes alternatives Lebensprojekt sollte den Erkrankten Entfaltungsraum für das Ausleben ihres Anders-Seins bieten und eigene Wege aus der Krise entwickeln helfen. In Italien übte Franco Basaglia maßgeblichen Einfluss auf die Neustrukturierung der Psychiatrie aus.

In Deutschland nahmen kritische VertreterInnen der Psychiatrie und Medizinsoziologie die internationalen Anstöße auf und adaptierten sie. Im Kontext der Forderungen der 68er-Bewegung in Westdeutschland erlangten sie praktische Relevanz. Sie trugen zur Konstitution der Psychiatrie-Enquete 1971 und Psychiatriereform ab 1975 bei (vgl. Deutscher Bundestag 1975; Brückner 2010: 133ff; Lehmann 2013). Ein spezifisch deutsches Thema stellte die lange Zeit nicht erfolgte Auseinandersetzung mit der Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus dar, die erst in den 1960er Jahren wieder aufgenommen wurde und bis heute andauert.

Ein radikaler alternativer Ansatz dieser Epoche war das 1973 gegründete „sozialistische Patientenkollektiv“ unter Leitung von Wolfgang Huber in Heidelberg<sup>50</sup>. Ausgehend von einem gesellschaftlich bedingten Krankheitsverständnis sollte Krankheit im Klassenkampf überwunden werden. Die Psychiatriereform der Bundesrepublik folgte liberaleren Formen. Im Kern wurden entsprechend dem Bericht der Enquete-Kommission von 1975 vor allem Maßnahmen der Enthospitalisierung und der parallele Aufbau gemeindenaher Strukturen um-

---

50 Ein von Dischler Interviewter (siehe Kapitel 2.1.4) war in diesem Zeitraum Patient in Heidelberg. Leider erzählte er jedoch über diese Erfahrung als Zeitzeuge der Anti-Psychiatriebewegung nicht ausführlich. Es wird aber die Wirkung des Zeitgeistes deutlich, da sich der Befragte als Engagierter der Friedensbewegung versteht (Dischler 2010: 126-129).

gesetzt. Es wurden Konzepte und Forderungen der soziologisch orientierten Bewegung integriert, das biologisch-medizinische Krankheitsparadigma jedoch beibehalten. Der Aufschwung der Pharmaindustrie in den 1980er Jahren stellte eine wichtige Voraussetzung dafür dar. Symptome wurden sicherer unterdrückt und Patienten konnten in größerem Umfang und in zeitlich kürzerer Frist in ihr soziales Umfeld entlassen werden (vgl. Hellerich 1985: 51-68).

In diesem Zeitraum erlangte die Selbsthilfebewegung wachsende Bedeutung. Als ein Bestandteil bzw. Fortsetzung der NSB der 1970er Jahre etablierte sich im Rahmen der Demokratisierung aller Lebensbereiche (Rucht/Roth 2008: 665) eine breite Palette entlang verschiedenster sozialer Themen und Probleme, unter anderem der psychischen Gesundheit/Krankheit. Zunehmend konnten damit die Beteiligungschancen von strukturell ausgegrenzten sozialen Gruppen, wie z.B. Menschen mit Behinderungen, erweitert und im Zuge des Bürgerengagements in politische Ziele der Inklusion übersetzt werden. Damit wurden soziale Themen verstärkt in die soziale Bewegung transformiert (Roth/Rucht 2008: 653f) und von den Betroffenen aufgenommen, zunächst vor allem in informellen Zusammenschlüssen. Gesundheitsselbsthilfe wurde ab Mitte der 1980er Jahre in formale Strukturen überführt. Seit 1980 gab es eine „Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen“, die später zur nationalen Koordinierungsstelle NAKOS ausgebaut wurde. Eine Netzwerkstruktur auf regionaler Ebene koordiniert einen Teil der Arbeit vor Ort. Seit dem Jahr 2000 ist die Förderung gesundheitsbezogener Selbsthilfe durch die Krankenkassen auf Bundesebene verpflichtend geregelt (Hundertmark-Mayser et al. 2004: 9).

Aktuelle Schätzungen gehen von 70.000 bis 100.000 SHG mit ca. 3,5 Mio. Beteiligten aus (NAKOS 2013: 36). Diese werden nach ordnungspolitischen Kriterien klassifiziert, wobei allerdings die alltagsweltlichen Bezüge der jeweiligen Problematik nur wenig berücksichtigt werden (siehe auch Thiel 2013: 74). Ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund, z.B. einer psychiatrischen Diagnose, bildet daher die Grundlage für die Konstitution einer Gruppe. Die Klassifikation „sozial gesundheitsbezogen“ und die thematische Fokussierung tragen im Falle psychiatrischer Diagnosen zur Reproduktion des psychiatrischen Diskurses bei, während gleichzeitig eines der Ziele ist, den stigmatisierenden Folgen entgegenzuwirken. Sich als Mitglied einer solchen Gruppe zu outen, kann daher zu wiederholter Stigmatisierung führen.

Zielsetzungen der sozialen Bewegungen der Gegenwart sind auf Reformen, Durchsetzung von Inklusion und Partizipation sowie die Beseitigung negativer Folgen gesellschaftlicher Wandlungsprozesse gerichtet (Rucht 1999: 19). Das Spektrum der Selbsthilfethemen bildet alle gesellschaftlichen Problem- und Gefährdungslagen ab (vgl. NAKOS 2013: 78ff; Thiel 2010: 123-124), die jenseits formaler Politik bearbeitet werden (Borgetto 2013: 135-137). RepräsentantInnen

meines Samples betrifft dies im Hinblick auf erwerbsbiographische Brüche, deren soziale Folgen sowie (drohende) Ausgrenzung bzw. Exklusion als PsychiatriepatientInnen oder als Ostdeutsche. Selbsthilfegruppen und -organisationen eröffnen Räume für zwischenmenschliches, hierarchiefreies und solidarisches Handeln. Sie können daher stabilisieren und zu Re-Integration in alltagsweltliche Zusammenhänge mit „Normalen“ und „Gesunden“ ermutigen.

Gesundheitsselbsthilfe erfüllt mit der dauerhaften Einmischung in (Sozial-) Politik eine der spezifischen Funktionen der sozialen Bewegungen. Die typische Konstitution kollektiver Ausdrucksformen und Ausprägung kollektiver Identität unterscheidet sie von *individueller* Selbsthilfe, die Erfahrungswissen und Selbstbehandlung umfasst vgl. (Hundertmark-Mayser et al. 2004: 8; Borgetto 2003: 478ff). Sie folgt jedoch ebenso einer eigenen Spezifik, z.B. im Unterschied zu feministischen, ökologischen und globalisierungskritischen Bewegungen.

*„Selbsthilfe setzt sich gegenwärtig mit modernen wissenschaftlichen, professionellen, organisatorischen und institutionellen Erscheinungsformen auseinander und versucht diese aufzulockern oder gar aufzubrechen, um den Weg für neue menschliche (Selbsthilfe-) Möglichkeiten zu ebnen. Sie ist eine Theorie und eine Praxis, die im postmodernen Sinne universell gültige Wahrheiten und Werte in Frage stellt.“*  
(Hellerich 2003: 7)

Gert Hellerich hält die Selbsthilfe psychiatrieerfahrener Menschen für angemessen, der an Krankheit und Defiziten orientierten Macht-, Wissens- und Ordnungssysteme ihre Selbsthilfe- bzw. Selbstheilungskräfte entgegenzusetzen (ebd.: 140). In der vorliegenden Arbeit wurde Hellerichs Ansatz um bürgerschaftliches Engagement in prinzipiell allen Feldern erweitert. Im Engagement kommt das Verbindende zwischen „Gesunden“ und „Kranken“ stärker zum Tragen als das Trennende. Für die Betroffenen kann dies trotzdem schwer sein, da in der psychosozialen Behandlung, Betreuung und Rehabilitation oft die medizinisch-psychiatrischen Konstruktionen reproduziert werden (vgl. Hellerich 2003: 17-22). Diejenigen, denen (Selbsthilfe-)Engagement gelingt, müssen daher über besondere Potenziale verfügen, sich selbst zu organisieren, diesen Konstruktionen bewusst oder unbewusst entgegenzuwirken sowie Ressourcen zu aktivieren. Aus salutogenetischer Perspektive zeigen diese AkteurInnen, wie Selbsthilfegemeinschaften zur Konstruktion von Gesundheit beitragen (können). Mit ihrer Aktivität können sie gleichzeitig den stigmatisierenden Vorurteilen vom hilflosen, antriebschwachen oder desorganisierten „*Psycho*“ (Interview Frau Spiegler) begegnen und sich eher als „*psychisch Gesundende*“ (Interview Frau Wunderwald) präsentieren. Dazu sind jedoch eine gewisse Öffentlichkeit und gemeinsame Handlungsrahmen mit nicht betroffenen Menschen nötig. Daher ist ein solcher Optimismus meiner Meinung nach nur bedingt angebracht, denn viele Gruppen und Vereine agieren eher in einem geschlossenen Rahmen. Schon

das Anliegen der SHG impliziert dies, wodurch sich soziale Ausgrenzung in gewisser Weise reproduziert. Öffentlichkeit und Austausch werden eher in überregionalen Netzwerken und Aktionen erreicht (vgl. Wohlfahrt 2010: 117ff; Stötzner 2010: 111-114).

Die Formen der Selbsthilfebewegung, die auf Psychiatriethemen bezogen sind, müssen differenziert betrachtet werden, da sich nur ein Teil der Organisationen aus dem psychiatrischen Behandlungssystem herauslösen konnte. Zu unterscheiden sind hierbei Selbsthilfegruppen, -vereine oder -projekte, die im Kontext der Sozialpsychiatrie angesiedelt sind und daher die Krankheitsmodelle und Behandlungen nicht in Frage stellen (von Trotha 2001: 207), von unabhängigeren anti-psychiatrischen Formen. Insgesamt geht es der neuen Antipsychiatrie um die Verwirklichung Betroffenen-kontrollierter Alternativen zu den verschiedenen Ausprägungen des psychiatrischen Diskurses (ebd.: 203).

#### 2.4.2.2 Engagement in Ostdeutschland

Gesellschaftliches Engagement in der DDR kann nicht mit den Maßstäben bzw. mit den Begrifflichkeiten der bundesdeutschen Gesellschaft gemessen und beschrieben werden. Daher eignen sich defizitäre modernisierungstheoretische Befunde wenig, um die Entwicklung nach 1989 einzuschätzen und zu verstehen (Probst 2003: 43-49). Der totalitäre Charakter des Systems mit dem Herrschaftsanspruch der führenden Partei SED wurde nach 1989 argumentativ für fehlende Selbstverantwortung, Eigenständigkeit und selbstbestimmtes Engagement angeführt (Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ 2002: 224-230). Die Enquete-Kommission „Überwindung der Folgen der SED-Diktatur im Prozeß der deutschen Einheit“ beschrieb den normativen Charakter gesellschaftlichen Engagements, dessen Verweigerung bestraft wurde. Das Engagement sei zudem „mit starker gesellschaftlicher Kontrolle“ einhergegangen (Deutscher Bundestag 1998: 131). Einer Vorstellung von vollständiger Kontrolle und Vereinnahmung der DDR-BürgerInnen durch das zentralistische Herrschaftssystem stehen differenzierte empirische Befunde entgegen (vgl. Priller 1997; Poldrack 1993; Deutscher Bundestag 1993; Miethe/Roth 2000; Roth/Rucht 2008). Demnach haben unter anderem kulturelle und historische Traditionen, informelle und systemdistanzierte Netzwerke sowie der Eigensinn der Handelnden (Schlegelmilch 2000) zu einer Mischung kulturell tradierter Werte mit sozialistischer Mentalität geführt (Poldrack 1993: 8).

Das DDR-Regime rechnete entsprechend seinem Selbstverständnis auf die Mitwirkung der BürgerInnen am Aufbau der sozialistischen Gesellschaft. Dazu boten die Parteien und Massenorganisationen vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten (Jungblut 2002: 146-147; Priller 1997: 103). Die kollektive Ausrichtung und Verflechtung mit allen Sozialisationsinstanzen führte dazu, dass 95% der



Bevölkerung in sozialistische Organisationen eingebunden waren (Priller 1997: 105)<sup>51</sup>. Hierbei gab es jedoch „*fließende Übergänge zwischen freiwilligem und erzwungenem Engagement*“ (Polte 1999).

Mitgliedschaften, Ausübung von Funktionen sowie die Mitwirkung an Aktionen waren in der DDR in hohem Maße an das System der Erwerbsarbeit gekoppelt (Jungblut 2002: 148ff). Eine weiteres Spezifikum ist der Grad der Einwirkung des öffentlichen in den privaten, familiären Bereich (Miethe 2000). Sowohl die Beteiligung an oppositionellen Netzwerken wie auch an systemnahen, ideologisch durchdrungenen Organisationen wirkten sich bis auf die private Ebene aus. So waren auch eher thematische und freizeitorientierte Organisationen wie der Kulturbund und der Deutsche Turn- und Sportbund von politischen Vorgaben mitbestimmt. Zum Beispiel wurden Leitungsfunktionen von SED-Mitgliedern besetzt (Poldrack 1993: 22) oder geheimdienstliche Informationen beschafft (Templin/Dümmel 2002: 75-76). Aufgrund dieser weitreichenden Kontrolle aller Parteien und Massenorganisationen wurden diese als „Transmissionsriemen“ der SED und Staatsmacht bezeichnet (Hertle 1993: 34).

DDR-BürgerInnen waren vielfach und auf mehreren Ebenen in die institutionellen Netze verwoben. Die in den Arbeitskollektiven bzw. Bildungsinstitutionen geknüpften Beziehungen und gemeinsamen Aktivitäten erstreckten sich darüber hinaus in den Bereich der Freizeit und Alltagswelt. Hier erfüllten sie im informellen Bereich Funktionen reziproker Hilfen, insbesondere um Mangel an Gütern zu kompensieren (Poldrack 1993: 25-26). Auf diese Weise entwickelten sich vielfältige solidarische Beziehungen im Spannungsfeld der staatlichen Erwartungen und Vorgaben (vgl. Kuball/Engelhardt 2010; Steil et al. 2010). Horst Poldrack differenziert das Engagement entsprechend dieser Ambivalenz in einen „institutionellen“ und einen „informellen“ Typus (Poldrack 1993: 8). Informelles Engagement vollzog sich eher in den DDR-typischen Rückzugsnischen im Lebensumfeld. Die von mir rekonstruierten Fälle Frau Wunderwald (Kapitel 4.1) und Herr König (Kapitel 4.2), deren Herkunftsfamilien in kulturellen Nischen agierten, belegen dies. Beide sind gleichzeitig beispielhaft für die Parallelität von staatlicher und religiöser Einbindung (wie auch einige weitere Fälle) und damit in tradierte Milieus. Insgesamt kann man sagen, dass sich das gesellschaftliche Engagement von DDR-BürgerInnen im Spannungsfeld von Loyalität zum und Distanzierung gegenüber dem System bewegte.

Die Kirchen und ihre sozialen Einrichtungen stellten die einzige Institution für oppositionelles, system- und zivilisationskritisches Engagement dar. Ab den 1980er Jahren konstituierten sich erste Selbsthilfe- (Braun et al. 1997: 49-50) sowie Friedens- und Umweltgruppen (vgl. Miethe 1999; Rink 2008). Aus Patien-

---

51 Differenziertere Zahlen wichtiger Organisationen finden sich z.B. bei Seibel 1997: 130, Deutscher Bundestag 1993, Priller 1993: 103.

tenclubs, die vor allem in reformorientierten Kliniken bestanden, gingen einige Gruppen zu psychiatrischen Themen hervor. Generell war das Prinzip der alternativ kritischen Selbsthilfe jedoch unerwünscht und stand daher unter staatlicher Beobachtung – vor allem jedoch die gesellschaftskritischen Gruppen.

Der gesellschaftliche Umbruch 1989/90 führte zur Auflösung der system-spezifischen Organisationen und der Implementierung der Strukturen der bundesdeutschen Zivilgesellschaft. In Ostdeutschland wurde an etablierte Strukturen und Organisationen angeknüpft und dazu ergänzend neue gegründet (Seibel 1997: 128-135; Priller 1997:105-109; Braun et al. 1997: 51ff). Innerhalb des politischen Systems avancierte die PDS bzw. Linke nach der Auflösung der SED zur Protestpartei Ostdeutschlands (Minkenberg 2008: 148-159)<sup>52</sup>. Insgesamt wurde jedoch eher eine „partizipatorische Implosion“ (ebd.: 140) konstatiert. Für die engagierten DDR-BürgerInnen fielen unter anderem Sinnbezüge, Rahmenbedingungen des Engagements sowie vertraute Milieus weg (Poldrack 1993: 10). Früheres Engagement konnte je nach Bezug zum DDR-System auf- oder abgewertet werden. Der Rückgang gesellschaftlichen Engagements in den 1990er Jahren<sup>53</sup> wird im Kontext der ökonomischen und sozialen Probleme, fehlenden etablierten Organisationen sowie der notwendigen Anpassung der Menschen an die veränderten Bedingungen diskutiert (Priller 1997: 118-123). Die Begleiterscheinungen der Transformation erzeugten neuen Bedarf an bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe (ebd.; Braun et al. 1997: 50-52) sowie einen Struktur- und Bedeutungswandel. Ausgehend von der spezifischen Ausgangssituation und der biographischen Prägung weist das bürgerschaftliche Engagement ehemaliger DDR-BürgerInnen folgende Besonderheiten auf: Engagement und Selbsthilfe sind eng an Organisationen der Arbeitsmarktpolitik gekoppelt und finden vermehrt im Übergangsbereich zwischen bezahlten und unentgeltlichen Tätigkeiten statt. Daher besteht die Gefahr der Instrumentalisierung von Engagement (Jakob 2003: 78-80)<sup>54</sup>. Ostdeutsche sind weniger in Vereinen organisiert und in geringerem Umfang kirchlich gebunden. Sie bringen jedoch aus der DDR-Epoche Ressourcen aus solidarischen Netzwerken, der Gemeinschaftsorientierung sowie einen gewissen Alltagspragmatismus ein (Probst 2003: 47-54).

---

52 Zumindest galt dies zum Zeitpunkt der Interviews, während die 2014 aufgekommene „Pegida“-Bewegung ebenfalls ostdeutsche Protestpotenziale aufzeigt.

53 Ein Tiefpunkt dieser Entwicklung wurde ca. zwischen 1992 und '95 verzeichnet (Corsten/Grüner 2010: 1, 4).

54 Gisela Jakob bezieht sich auf Förderprojekte in Sachsen und Thüringen, die auf die soziale Integration erwerbsloser Menschen durch die Vermittlung in bürgerschaftliches Engagement zielten. Durch die Kopplung mit finanziellen Anreizen stelle sich die Frage nach der Freiwilligkeit und dem Eigensinn dieses Engagements (Jakob 2003: 66-73). Diese Diskussion spiegelt meine eigenen berufspraktischen Erfahrungen wider (siehe Kapitel 1.1).

Ab Ende der 1990er Jahre wurde ein deutlicher Zuwachs des Engagements in Ostdeutschland registriert. Ostdeutsche sind heute mit 31% in etwas geringerem Umfang engagiert als Westdeutsche mit 37% (Gensicke/Geiss 2010: 97)<sup>55</sup>. Vor allem richtet sich das Engagement in Ostdeutschland mehr informell auf die neuen Problemlagen (Olk/Gensicke 2013: 95ff). Fast 25 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung bestehen zwischen Ost und West weiterhin Unterschiede im Bereich der Zivilgesellschaft, die immer wieder Anlass sind, um Vergleiche zu ziehen.

### 2.4.3 Diskurse rund um Zivilgesellschaft und bürgerschaftliches Engagement

In der modernen demokratischen Gesellschaft gilt bürgerschaftliches Engagement als bedeutende Ressource der Zivilgesellschaft. Daraus erklärt sich das politische Interesse am Aufbau der Zivilgesellschaft in Ostdeutschland sowie ihrer Leistungsfähigkeit. Das Engagement von BürgerInnen wird als Maßstab für eine lebendige Zivilgesellschaft, für Vertrauen in die Politik und den sozialen Zusammenhalt angesehen. Damit werden Merkmale wie Toleranz, Respekt, Gewaltfreiheit, Sensibilität für die Anliegen anderer und der Öffentlichkeit assoziiert (WZB/BMFSFJ 2009: 12). Anhand dieser normativen Ansprüche an bürgerschaftliches Engagement kann es von nicht zivilen Formen, etwa als informelle/r bzw. gesellschaftliche/r MitarbeiterIn der Stasi (Müller-Enbergs 2002a: 72; 2000b: 74) oder in der rechtsextremen Szene, abgegrenzt werden (vgl. Tschiche 2003; Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ 2002: 79-82).

Als wichtige Voraussetzung für eine lebendige Zivilgesellschaft gelten ökonomische, soziale und kulturelle Rahmenbedingungen sowie die Existenz eines demokratischen Rechtsstaats (Klein 2001: 1). Bürgerschaftliches Handeln in der Zivilgesellschaft ist durch ein hohes Maß an Autonomie, Selbstorganisation und Selbsthilfe gekennzeichnet. Es wird in einem intermediären Bereich zwischen Staat, Wirtschaft und Privatsphäre lokalisiert<sup>56</sup> und kann dabei auf lokaler, nationaler oder transnationaler Ebene angesiedelt sein (Klein/Schwalb 2013: 22). Auf der Grundlage der Prinzipien der Selbstverwaltung, Subsidiarität und Gemeinwirtschaft werden in diesem „Dritten“ oder Nonprofit-Sektor wohlfahrtsstaatliche Leistungen in Kooperation von professionellen MitarbeiterInnen und bürger-

---

55 Die Quoten beziehen sich auf den 2009 erhobenen Freiwilligensurvey, in dem ca. 20.000 Bundesbürger, davon 13.284 West und 6.716 Ost, über 14 Jahre befragt wurden (Gensicke/Geiss 2010: 57).

56 Aus diesem Grund findet es auch Beachtung in der „Dritte-Sektor-Forschung“ (vgl. Anheier et al. 1997; Priller/Zimmer 2001).

schaftlich engagierten Menschen erbracht (Priller/Zimmer 2001: 14). Die hohe ökonomische und zivilgesellschaftliche Bedeutung aller Institutionen, Organisationen und Einrichtungen des „Dritten Sektors“ trug im Kontext der wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen der vergangenen 25 Jahre zu vermehrter politischer Aufmerksamkeit und Aufwertung der Zivilgesellschaft bei. Entscheidende gesellschaftliche Befunde waren der Wandel von bürgerlichen „Pflicht- und Akzeptanz-“ zu postmodernen „Freiheits- und Selbstentfaltungswerten“, die Grenzen der wohlfahrtsstaatlichen Sicherung, die Veränderung des kapitalistischen Systems und dessen Auswirkungen auf die Erwerbsarbeit. Die deutsche Wiedervereinigung und ihre nicht intendierten Folgen haben die Diskurse um Zukunft der Erwerbsarbeit, soziale Sicherung und Verteilungsgerechtigkeit sowie sozialen Zusammenhalt in hohem Maße mit geprägt. Mit dem Einsatz der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ 1999 sowie des Bundestagsausschusses „Bürgerschaftliches Engagement“ 2003 wurde das Thema Bestandteil der politischen Debatte.

Damit sind zum einen folgende Hoffnungen verknüpft auf...

- finanzielle Entlastung des sozialen Sicherungssystems, z.B. durch bürgerschaftliche Beteiligung an sozialen Dienstleistungen,
- Beiträge zu sozialer Integration als Ausgleich von Modernisierungsfolgen,
- Weiterentwicklung der Demokratie durch Vertrauensbildung,
- Perspektiven alternativer Tätigkeitsfelder zur Erwerbsarbeit, (vgl. Heinze/Olk 2001: 11-13; WZB/BMFSFJ 2009: 16-19).

Zum anderen war dies mit dem Aufbau von Strukturen verbunden, um bürgerschaftliches Engagement zu fördern. In der gesamten Bundesrepublik entstanden z.B. Freiwilligenagenturen, Bürgerstiftungen, Seniorenbüros, Selbsthilfekontaktstellen sowie Strukturen kommunaler Bürgerbeteiligung (Sachverständigenkommission der Bundesregierung 2012: 13-17). Auf nationaler Ebene wurden Foren der öffentlichen Darstellung und Anerkennung geschaffen, wie z.B. die „Woche des bürgerschaftlichen Engagements“. Weiterhin führte dies zu einer Ausweitung und Vernetzung der Forschung. Es besteht ein „Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement“ (BBE), von dem 2013 die Initiative zu einem interdisziplinären Zentrum für Zivilgesellschaftsforschung ausging (Klein/Schwalb 2013).

Unter dem Leitbild des „aktivierenden“ Staates (Heinze/Olk 2001: 18-24; Oschmiansky 2010) verband sich mit diesen Maßnahmen die Hoffnung auf Lenkung und Steuerung der zivilgesellschaftlichen Akteure und die Aktivierung sogenannter „engagementferner“ Gruppen. Dazu werden nach sozialstrukturellen Kriterien ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und Arbeitslose

gezählt. Ferner liegt wegen der besonderen Spezifika in Ostdeutschland ein besonderer Fokus stets auf einer Ost-West-Perspektive (vgl. Priller 1997; Backhaus/Maul et al. 2003; Gensicke et al. 2010).

Menschen mit psychischen Störungen aus Ostdeutschland, die sich bürgerschaftlich engagieren, nehmen diese Diskurse auf verschiedene Weise wahr und können an diese handelnd anknüpfen. Sowohl in der DDR wie auch der BRD nach der Wiedervereinigung werden seitens der Gesellschaft vor allem positive Zuschreibungen mit bürgerschaftlichem Engagement verbunden (gewesen) sein. Wer sich für gesellschaftliche Belange engagiert, trägt zum sozialen Zusammenhalt für sich und für andere bei. Die Interviewten meiner Untersuchung bilden ein breites Spektrum der Bereiche bürgerschaftlichen Engagements entsprechend der Systematik der Nonprofit-Organisationen (Anheier et al. 1997: 16-17) bzw. des Freiwilligensurvey (WZB/BMFSFJ 2009: 29) ab. Sie sind sowohl in informellen Bereichen wie auch in formalen Organisationen, Initiativen und sozialen Einrichtungen engagiert (siehe Kapitel 3.1). Damit haben sie die vermutlich Chancen der Demokratisierung in Ostdeutschland wahrgenommen und können als gut integrierte StaatsbürgerInnen gelten, die ihre Bürgerrechte kennen und handelnd ausfüllen. Im Kontext des arbeitssoziologischen Diskurses über die Zukunft der Erwerbsarbeit (vgl. Kocka 2001; Castel 2000) wird Engagement als *eine* Form gesellschaftlicher Arbeit – im weitesten Sinn – neben weiteren betrachtet. Angesichts der kollektiven und individuellen Folgen der deutschen Vereinigung, könnten die Interviewten einen aktiven Umgang mit ihrer prekär gewordenen Erwerbsbiographie gewählt und gefunden haben.

Bezüglich ihrer psychischen Störung und deren sozialen und lebensgeschichtlichen Folgen zählen die Interviewten zu denjenigen, die sich in Netzwerken gegenseitig stützen, anderen Menschen in problematischen Lebenssituationen helfen und/oder sich sozialpolitisch engagieren. Daher sollten sie über Sozialkapital (Putnam 2001; Braun 2011: 53-64) verfügen bzw. zu dessen „Vermehrung“ beitragen. Ihre geleisteten Beiträge korrespondieren mit den politischen Hoffnungen auf eine gestärkte Bürgergesellschaft (s.o.). Im Sinne des ökonomischen Diskurses des „Dritten Sektors“<sup>57</sup> könnte man sagen, sie gleichen damit wohlfahrtsstaatliche Krankheits- und Rehabilitationskosten teilweise aus bzw. reduzieren diese. Angesichts zunehmender Diagnostizierung von psychischen Erkrankungen (RKI 2006: 29; BMAS 2013a: 382), deren Relevanz im Kontext von Erwerbsarbeit (BMAS 2013b: 8-9; Lohmann-Haislah 2012: 11-13, 178-181)

---

57 Ich meine hier Tendenzen, den zeitlichen Umfang und die Häufigkeit bürgerschaftlichen Engagements quantitativ zu erfassen, um hieran eine der Erwerbsarbeit äquivalenten Wertschöpfung zu messen. Darin eingeschlossen sind weiterhin selbst erwirtschaftete Mittel im „Dritten Sektor“, an denen Hauptamtliche und bürgerschaftlich Engagierte beteiligt sind (vgl. Anheier 1997: 68).

und Erwerbsunfähigkeit (Hollederer 2007, BPtK 2013; BMAS 2013a: 384-388) erschiene es daher schlüssig, wenn Menschen mit psychischen Störungen die Aufmerksamkeit der Engagementpolitik erhielten. Die Engagementforschung könnte sie als Teil der „engagementfernen“ BürgerInnen in den Fokus nehmen. Bisher ist dies jedoch kaum der Fall (BMAS 2013a: 253, 427-429). In den letzten Jahren wurden psychisch erkrankte Menschen jedoch im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Inklusion behinderter Menschen in den Fokus gerückt, unter anderem auch mit ihrer Erwerbssituation (ebd.). Das Thema tangiert damit Diskurse über Inklusion, Exklusion, soziale Ungleichheit und Prekarität (siehe Kapitel 2.2.3). Relevanz erhalten die Diskussionen bezüglich gesellschaftlicher Ungleichheit, der Konstitution sozialer Randgruppen und sozialer Unsicherheit ausgehend vom Erwerbssystem (vgl. Bude 2004; Callies 2004). Auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2009 verabschiedete die Bundesregierung einen „Nationalen Aktionsplan“ (BMAS 2011) zur Umsetzung der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – zu denen auch Menschen mit psychischen Störungen gerechnet werden (siehe Kapitel 2.3.4) –, der gewissermaßen den Charakter einer Sozialutopie trägt. Behinderung wird hierbei im Sinn von sozial „behindert werden“ verstanden. Auf der Grundlage des Aktionsplans sollen gesellschaftlich strukturelle Veränderungen dem entgegenwirken. Der Aktionsplan bezieht sich unter anderem auf politische Partizipation und bürgerschaftliches Engagement (BMAS 2011: 79-80), also auf die Chancen der Wahrnehmung von Beteiligungsrechten und gesellschaftlichen Handlungsspielräumen. Die politische Verankerung stellt eine wichtige Grundlage dafür dar. Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind jedoch stark veränderungsresistent (siehe Kapitel 2.3.4.2). Speziell zugeschnittene Maßnahmen, welche ihre Besonderheiten stärker fokussieren, bergen die Gefahr, die soziale Abweichung zu verstetigen. Im Kontext der „Ökonomisierung des Sozialen“ (Groß et al. 2012: 16) im neoliberalen marktorientierten Regierungsmodell sind Menschen mit Behinderungen und Langzeitarbeitslose (Definition laut Studie, Anm. H. St.) tendenziell mit dem Stigma der ökonomischen Nutzlosigkeit belastet und werden gesellschaftlich abgewertet (ebd.: 11-18). Die Bürgerrechte werden in kritischer Perspektive eher als eingeschränkt, denn gestärkt bewertet (Kühnlein/Mutz 2010: 78). Inklusion sollte diese jedoch stärken sowie Partizipation und bürgerschaftliches Engagement in allen Bereichen selbstverständlich ermöglichen.

## 2.5 Zwischenfazit

Die vorhergehenden Kapitel haben anhand der verschiedenen Perspektiven das komplexe Spannungsfeld illustriert, in welches mein Forschungsthema eingebettet ist. Es wurde dabei aufgezeigt, wie bedeutsam es ist, eine historische Perspektive einzunehmen, da diese sich wandelnde Konstruktionen, Diskurse, Deutungs- und Handlungsmuster bzgl. psychischer Störung und bürgerschaftlichem Engagement berücksichtigt. Im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse und Umbrüche können diese sowohl reproduziert wie auch transformiert werden. Die Transition von der sozialistischen zur bürgerlich-demokratischen Gesellschaft nach der Wende im Herbst 1989 erforderte von den Individuen eine Auseinandersetzung mit den tradierten und erworbenen Wissensbeständen und Erfahrungen. Gleichermäßen eröffnete sie neue Strukturen, Chancen und Belastungen. Potenzielle TeilnehmerInnen meiner Untersuchung konnten sich also an verschiedenen positiv und negativ konnotierten Deutungen und Diskursen der Zivilgesellschaft und Psychiatrie orientieren. Sie konnten einem Diskurs als Opfer von Psychiatisierung oder sozialer Exklusion entsprechen, Stigmatisierung annehmen oder abwehren sowie eigene Handlungsstrategien entwickeln. Das konnte bürgerschaftliches Engagement sein, welches zu Inklusion beitragen kann. Trotz des sozialpolitischen Interesses an der Stärkung der Zivilgesellschaft, Gesundheitsprävention, Inklusion und gesellschaftlicher Teilhabe chronisch erkrankter Menschen erwies sich das Wissen über deren Lebenswirklichkeit jedoch als lückenhaft. Ihre Perspektive wurde im öffentlichen und politischen Diskurs lange Zeit wenig berücksichtigt. Über bürgerschaftlich Engagierte mit psychiatrischer Diagnose wurde in Deutschland nur in einer parallel zu meiner begonnenen Studie explizit geforscht, in Ostdeutschland gar nicht. Daher füllt meine Arbeit ein Forschungsdesiderat.

Für die Erforschung des sozialen Phänomens bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit psychiatrischer Diagnose eignet sich die Methodologie des interpretativen Paradigmas, welches gesellschaftliche Prozesse und Dynamiken ebenso wie Selbstdeutungen mitberücksichtigt. Dem komplexen und dynamischen Zusammenspiel verschiedenster Faktoren wurden Forschungen innerhalb des normativen Paradigmas nicht gerecht. Diese gehen von Konstruktionen, Deutungen und theoretischen Konzepten aus der Perspektive der WissenschaftlerInnen aus und vernachlässigen das Relevanzsystem<sup>58</sup> der erforschten Personen. Soziale Phänomene werden damit aus ihrem geschichtlichen Entstehungskontext gerissen und isoliert untersucht. Ebenso berücksichtigen standardisierte Forschungen keine Interaktionen zwischen Individuen, ihren Familien und ge-

---

58 Nach Schütz/Luckmann (1979) ist damit „der lebensweltlich bestimmte Gesamtzusammenhang seiner Interessen, Wichtigkeiten und Dringlichkeiten“ gemeint (Schütz/Luckmann 1979: 224).

sellschaftlichen Strukturen. Damit tragen solche Untersuchungen nicht zum *Verstehen* eines Forschungsphänomens bei, zumal sie um Repräsentativität bemüht sind.

Ein häufig aufgefundenes Problem ist außerdem die Reproduktion (psychiatrischer) Fremdzuschreibungen, von Stigmatisierung und des Opferdiskurses. Damit wird kaum auf Potenziale und Ressourcen der AkteurInnen geachtet, um die es mir jedoch geht. Wie biographietheoretische Arbeiten aus den Forschungsfeldern Engagement und Psychiatrie gezeigt haben, ermöglicht die soziale Einbettung des Handelns in die Alltagswelt eines Menschen, das Handeln zu verstehen. Daher setze ich mit meiner Arbeit in der Lebenswelt der von mir untersuchten Menschen und ihrem vielfältigen Wissen an. Auf diesen Grundsatz für eine verstehende Soziologie verweist bereits Schütz:

*„Die Wissenschaften, die menschliches Handeln und Denken deuten und erklären wollen, müssen mit einer Beschreibung der Grundstrukturen der vorwissenschaftlichen, für den – in der natürlichen Einstellung verharrenden – Menschen selbstverständlichen Wirklichkeit beginnen. Diese Wirklichkeit ist die alltägliche Lebenswelt.“ (Schütz 2003: 29)*

Sowohl bürgerschaftliches Engagement wie auch eine psychische Störung sind nur in ihrer lebensgeschichtlichen Genese und ihrer auf die Zukunft gerichteten Wirkung zu verstehen. Es geht dabei weder um vom Handeln isoliert betrachtete Motive, den subjektiven Sinn von Engagement und Krankheit noch gesellschaftliche Exklusionsgefährdungen. Ein situativer bzw. auf einzelne Aspekte – wie Sozialkapital oder Erwerbsarbeit – fokussierter Forschungsansatz vernachlässigt andere relevante lebens- und gesellschaftsgeschichtliche Prozesse und deren Wechselwirkung. Sowohl bürgerschaftliches Engagement in der Zivilgesellschaft wie auch Psychiatrieerfahrung fordern jedoch durch den intermediären Charakter der Handlungsfelder die Berücksichtigung der Dialektik zwischen Individuum und Gesellschaft. Die handelnden Individuen sind stets von gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst und in Organisationen eingebunden, wie sie andererseits auf diese zurückwirken. Dieser Dynamik wird das theoretische Konzept Biographie am besten gerecht, wie auch die von mir diskutierten Forschungen gezeigt haben.

*„Biographien sind Selbstbeschreibungen von Individuen im Kreuzungsbereich gelebter Lebensgeschichte und gelebter Gesellschaftsgeschichte. Ihr Generator sind Kontinuitätsunterbrechungen, Krisen im Leben des einzelnen und in der Geschichte der Gesellschaft. Die erzählte oder niedergeschriebene »ganze« Lebensgeschichte oder Teile von ihr verdanken sich sowohl diesem tatsächlich gelebten Leben wie auch der miterlebten Gesellschaftsgeschichte und unterscheiden sich genau in diesem Punkt von den Fiktionen belletristischer Texte.“ (Fischer-Rosenthal 1995: 44)*



In der sich seit den 1980er Jahren zunehmend etablierten Biographieforschung wurden die genannten Aspekte forschungspraktisch eingelöst. Sie hat sich zwar prinzipiell unter anderem in der Erforschung der Zivilgesellschaft, Psychiatrie und gesellschaftlicher Transformation bewährt, wird jedoch trotzdem in geringerem Umfang eingesetzt. In der vorliegenden Arbeit wurde Biographieforschung dem Anspruch gerecht, ohne theoretische Vorannahmen Wissen über das bürger-schaftliche Engagement von Menschen mit psychiatrischer Diagnose zu gewinnen. Für die Erfassung der in den biographischen Konstruktionen enthaltenen Prozessstrukturen, Handlungs- und Erfahrungsaspekte hat sich das von Fritz Schütze entwickelte narrative Interview bewährt, welches als Forschungsinstrument ausgewählt wurde.

Bürgerschaftliches Engagement psychisch erkrankter  
Menschen

Eine biographietheoretische Studie in Ostdeutschland

Stecklum, H.

2017, XI, 507 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-18212-0