

## Die Ambivalenz von Institutionalisierung und De-Institutionalisierung in der sozialen Arbeit in Geschichte und Gegenwart

Wolff, Stephan

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wolff, S. (2020). Die Ambivalenz von Institutionalisierung und De-Institutionalisierung in der sozialen Arbeit in Geschichte und Gegenwart. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 40(157), 47-70. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-91855-2>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Stephan Wolff

## Die Ambivalenz von Institutionalisierung und De-Institutionalisierung in der sozialen Arbeit in Geschichte und Gegenwart

### 1. Warum Sozial- und Organisationspädagogik?

Der Begriff *Ambivalenz* ist um 1910 in einem Vortrag des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler als Bezeichnung für ein Hauptsymptom der Schizophrenie geprägt worden, nämlich für das unverbundene Nebeneinanderbestehen von widersprüchlichen Gefühlen, Urteilen und Tendenzen. Von der pathologischen unterschied Bleuler die normale Variante der Ambivalenz, für ihn ein notwendiger psychischer Regulierungsmechanismus. Heute spricht man ganz in diesem Sinne von *Ambivalenz- oder auch Ambiguitätstoleranz* als einer im Entwicklungsprozess erworbenen Fähigkeit, auf Abwehr durch Spaltung verzichten und dennoch gegensätzliche Erlebenszustände gleichzeitig ertragen, nutzen und gegebenenfalls sogar genießen zu können. Insoweit Prozesse der Institutionalisierung und De-Institutionalisierung im sozialen Bereich immer auch etwas mit Organisation und Organisation sozialer personenbezogener Dienstleistungen zu tun haben (Hasenfeld, 2009; Klatetzki, 2010), ist darin für Sozialpädagogik und Soziale Arbeit eine grundsätzliche Ambivalenz angelegt. Bis in die jüngste Vergangenheit optierten bekanntlich fast alle sozialpädagogischen Positionen für eine strikte Gegenüberstellung von Profession und Organisation. Die Organisiertheit des eigenen Arbeitsfelds wurde in der sozialpädagogischen Selbstthematizierung meist nur als ärgerliche Äußerlichkeit reflektiert (sozusagen ‘abgespalten’).<sup>1</sup>

---

1 Ich selbst bin Mitglied einer Einrichtung, nämlich des Instituts für Sozial- und Organisationspädagogik (an der Stiftungsuniversität Hildesheim), das, wie schon der Name signalisiert, beide Aspekte zu vermitteln versucht, also den Umgang mit dieser Ambivalenz zu Thema und Arbeitsgegenstand macht. Ausgangspunkt dieses Bemühens ist die These, dass die Sozialpädagogik sich immer wieder ihrer organisationsbezogenen Grundelemente erinnern muss und ihr dabei der Ausweis einer eigenen Reflexions-

Aus der Perspektive einer *organisationswissenschaftlich fundierten sozialarbeiterischen Professionalitätskonzeption* liegt es nahe, auch die institutionelle Entwicklung der Sozialen Arbeit als ein Wechselspiel von Institutionalierungs- und De-Institutionalisierungsprozessen zu begreifen. Insoweit die soziale Arbeit selbst ein Ergebnis solcher Prozesse ist, besteht die Ambivalenz nicht zuletzt darin, dass eigentlich immer ein institutioneller Rest bleibt und bleiben muss, will man sich nicht selbst auflösen.

Meiner Thematik nähere ich mich angesichts dessen in zweifacher Weise: Zum einen als Organisationswissenschaftler, zum anderen als Zeitzeuge, der an einigen (De-)Institutionalisierungsprozessen (oder bescheidener: bei Versuchen, solche zu initiieren) aktiv beteiligt war. Da Aktivismus und Jugend korrelieren, werde ich teilweise ziemlich weit in die Vergangenheit, d.h. bis in die späten 1970er-Jahre zurückgehen. Bei meinen Beispielen beziehe ich mich vor allem auf (De-)Institutionalisierungsprozesse in der psychiatrischen Versorgung und im Bereich der Behindertenhilfe. Im Mittelpunkt stehen Entwicklungen im deutschsprachigen Raum, speziell in der Bundesrepublik Deutschland. Ich werde aber auch kurz auf einschlägige internationale Entwicklungen zu sprechen kommen.

Noch eine weitere Vorbemerkung zu einer Begriffskombination, die so ähnlich wie die von mir verwendeten klingt, aber durchaus unterschiedliche Assoziationen hervorrufen könnte als jene, die ich damit im Sinn habe. So lautete z.B. der Titel des Kongresses der Sektion Sozialpädagogik der Österreichischen Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Bildungswesen im September 2018 in Salzburg, bei dem ich eine erste Version dieses Aufsatzes vorgetragen habe: „(Des-)Organisation und (Ent-)Institutionalisierung in der sozialen Arbeit“. Bei „Des-Organisation“ wäre an einen organisatorischen Mangelzustand bzw. einen Zustand der Nicht-mehr-Organisiertheit zu denken und mit dem „und“ werden diese Mängel in ein Verhältnis zu Prozessen der Institutionalisierung bzw. der Ent-Institutionalisierung gesetzt. Das ist nicht meine Perspektive: Mich interessiert vielmehr, wie sich De-Institutionalisierung organisieren lässt und woran entsprechende Versuche gegebenenfalls scheitern. Mir geht es – durchaus im Einklang mit dem internationalen Sprachgebrauch – um bereichsspezifische Prozesse der Institutionalisierung und De-Institutionalisierung, nämlich um solche, die sich auf *Alternativen zur anstaltsmäßigen Unterbringung, Behandlung und Kontrolle*

---

ebene hilft. Gleichzeitig bedarf die Organisationspädagogik einer sozialpädagogischen Aufforderung, um nicht einer Verselbstständigung des Organisationalen zu erliegen und dabei gesellschaftliche Vereinnahmungen zu übersehen, die sie in Richtung einer Pädagogik des Ökonomischen abdrängen könnten (vgl. dazu Schröer & Wolff, 2018).

beziehen. Dies betrifft Einrichtungen für Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen, aber auch solche für Straftäter, Kinder, alte und obdachlose Personen. Wie ich zeigen werde, sind solche Organisationen in besonderer Weise auf Institutionalisierung verwiesen.

## 2. Neoinstitutionalistische Organisationsforschung als theoretische Perspektive

Für die Klärung des Zusammenhangs von Institution und Organisation bietet sich, wie schon angedeutet, die neo-institutionalistische Organisationstheorie als das zurzeit maßgebliche organisationswissenschaftliche Theorieangebot an (vgl. Scott, 2014, für einen Überblick). Eine Institution ist – so die Lehrbuchdefinition – ein System miteinander verknüpfter, formgebundener (formaler, d.h. gesetzlich fixierter, also staatlich sanktionsbewehrter) und/oder formungebundener (informeller, d.h. in der Gesellschaft faktisch akzeptierter) Regeln. Institutionen haben die Funktion, soziales Verhalten in eine bestimmte Richtung zu lenken. Sie bringen Ordnung in alltägliche Handlungen und vermindern die Unsicherheit darüber, was andere wohl in solchen Situationen tun oder erwarten werden. Institutionen definieren einen gemeinsamen Handlungs- und Interpretationsrahmen und markieren die damit verbundenen Verpflichtungen, Optionen und Wissensbestände. Wer sich an Institutionen orientiert, macht etwas, was dem allgemeinen Konsens in der relevanten Umwelt entspricht. *Institutionalisierung* wäre demnach ein Vorgang, durch den sich soziale Beziehungen und Handlungen zu selbstverständlichen und nicht mehr zu hinterfragenden Strukturen und Schemata entwickeln. Regeln, Skripte, Klassifizierungen und intersubjektiv geteilte Sinnmuster und Symbole sind Elemente, aus denen Institutionen „gebaut“ werden.

Institutionen stecken auch die *gesellschaftlichen Spielregeln für Organisationen* ab. Beispiele für derartige Institutionen sind Gesetze und Verordnungen, DIN-/ISO-Normen, Unternehmensleitsätze, die Amtssprache, Berufsbezeichnungen, aber auch Benimmregeln und andere informelle Sitten und Gebräuche. Organisationsprozesse richten sich in ihrer Gestaltung an solchen institutionellen Vorgaben aus: Die Einrichtungen der Behindertenhilfe z.B. orientieren sich an institutionalisierten Annahmen über Behinderung und darüber, wie die angemessene Form von Hilfen für Menschen mit Behinderung aussehen soll, sowie an den „dazu passenden“ Kategorien, Routinen und Gesetzen, was nicht heißt, dass sie ihnen immer sklavisch folgen müssten. Durch Übernahme – oder zumindest durch die erkennbare Berücksichtigung – institutioneller Vorgaben bettet sich

eine Organisation in ihre gesellschaftliche Umgebung ein und gewinnt so Anerkennung und Legitimation.

Institutionen und Organisationen sind Phänomene, die nicht ineinander aufgehen. Deshalb ist es notwendig, zwischen ihnen zu unterscheiden. Prozesse des Organisationswandels und solche der (De-)Institutionalisierung sind nur lose miteinander gekoppelt. Nicht jede Organisationsreform stellt die institutionelle Einbettung der betreffenden Einrichtung infrage oder erschüttert gar eine Institution in ihren Grundfesten. Wie wir sehen werden, gilt das auch andersherum: Organisationen können sich unter bestimmten Umständen recht renitent und resistent gegenüber veränderten institutionellen Rahmenbedingungen verhalten.

Soziale, personenbezogene Dienstleistungsorganisationen weisen typischerweise einen besonders engen Institutionenbezug auf. John Meyer und Brian Rowan (1977), von denen das Gründungsmanifest der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie stammt, sprechen ausdrücklich von *institutionalized organizations*, insoweit diese Organisationen in ihrer Existenzbegründung und hinsichtlich der Anerkennung ihrer Leistung stark von institutionalisierten Vorstellungen abhängig sind. Weil sie auf die Bearbeitung moralisch kontextierter Probleme ausgerichtet sind (nämlich primär auf Leidensprozesse und soziale Abweichungen), sind sie gleichsam organisationale Verkörperungen gesellschaftlicher Wertvorstellungen. Sie verrichten im weitesten Sinne *moral work*, ein Begriff, der aus der Geschichte sozialer Arbeit wohl vertraut ist.<sup>2</sup> Ihr Bestand hängt dann weniger von der erfolgreichen Zielerreichung ab, zumal diese meist auch gar nicht genau definiert bzw. feststellbar ist. Wichtiger wird angesichts dessen die demonstrative Übernahme institutionalisierter Vorgaben und Erwartungen in die formalen Strukturen und Praktiken der Organisation. Soziale Organisationen sollten in ihrem Bestand bestimmte etablierte Verfahren vorweisen: Heutzutage gehören dazu z.B. Fallkonferenzen, Evaluationen, Fortbildungsprogramme, ICD-Diagnosen, Genogramme, Stellenbewertungen, Ombudsstellen, Fallzahlen und Pläne aller Art – ganz unabhängig davon, ob oder wie sie ihre satzungsgemäßen Aufgaben erfüllen bzw. die genannten Verfahren dazu einen eindeutig belegbaren Beitrag leisten.

Organisationen agieren nicht ganz allgemein in der Umwelt, sondern in dem für sie jeweils aktuell relevanten *organisatorischen Feld*. Ein organisatorisches Feld wird von Organisationen gebildet, „die gemeinsam einen abgegrenzten Bereich

---

2 Angesichts dessen charakterisiert Yeheskel Hasenfeld den Prozess der Entwicklung von organisierten Sozialleistungen als eine *institutionalization of moral ambiguity* (Hasenfeld, 1987; s. auch Hasenfeld, 2010).

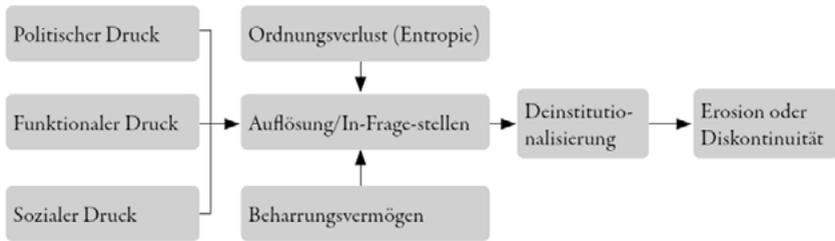
des institutionellen Lebens konstituieren: die wichtigsten Zulieferfirmen, Konsumenten von Ressourcen und Produkten, Regierungsbehörden, sowie andere Organisationen, die ähnliche Produkte herstellen.“ (DiMaggio & Powell, 2000: 149). Weil ihre Legitimation wesentlich von der Übernahme der institutionalisierten Vorgaben abhängt, gleichen sich Organisationen innerhalb solcher organisationalen Felder mit der Zeit einander an. Obwohl in Deutschland z.B. jede Kommunalverwaltung relativ frei ist, die organisatorischen Abläufe in ihrem Jugendamt so zu gestalten, wie es ihr gefällt, ähneln sich alle Jugendämter in wesentlichen Strukturmerkmalen. Analoges gilt für sozialpsychiatrische Dienste, Kindergärten, Gymnasien, Gefängnisse, Förderschulen, psychiatrische Stationen in Landeskrankenhäusern u.Ä. mehr. Neoinstitutionalistische Organisationsforscher sprechen diesbezüglich von *Isomorphie*.<sup>3</sup> Isomorphie kann durch Gesetze und Vorschriften erzwungen werden. Sie kann Folge der Imitation anderer, anerkannt erfolgreicher Organisationen oder von *best practices* sein oder aber über geltende professionelle Vorstellungen kompetenten Handelns den betreffenden Organisationen normativ nahegelegt werden. Die organisatorische Übernahme reproduziert und stabilisiert eine Institution und verhindert damit zugleich De-Institutionalisierungsprozesse. Christine Oliver (1992, zit. nach Falk, 2016) hat ausgehend davon ein komplexes Modell vorgeschlagen, das angibt, unter welchen Bedingungen De-Institutionalisierungsprozesse im Sinne der schleichenden oder plötzlichen De-Legitimation einer etablierten organisatorischen Praxis eintreten (können).

Funktionaler Druck entsteht vor allem durch veränderte ökonomische Bedingungen eines Feldes. Neue Anforderungen können sich aus verschärftem Wettbewerb, angesichts von Veränderungen von Kundenorientierungen oder auch aufgrund von demografischen Veränderungen unter den Klienten oder Beschäftigten ergeben. Politischer Druck baut sich etwa infolge veränderter Interessenlagen und Machtverhältnisse im organisatorischen Feld bzw. über eine Verschiebung der „herrschenden Verhältnisse“ auf, in die Organisationen eingebunden sind. Sozialer Druck umfasst kulturelle und gesellschaftliche Veränderungen, die zu einem Wandel von Normen und Werten führen und entsprechende organisa-

---

3 Natürlich bilden sich in solchen organisierten Feldern eigene Organisationen aus, die sich darauf spezialisieren, Institutionalisierungsprozesse durch die Ausgabe von Empfehlungen, Normen oder Listen und entsprechende Schulungen und Zertifizierungen zu unterstützen. In Deutschland sind dies beispielsweise die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) oder das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN).

Tabelle 1: Einflussfaktoren De-Institutionalisierung



Quelle: Oliver, 1992, zit. nach der deutschen Übersetzung in Falk, 2016: 126

torische Anpassungen herausfordern. Der Prozess der Infrage-Stellung der Institution (bzw. eines (De-)Institutionalisierungsprozesses) wird gefördert bzw. gehemmt durch den jeweils erreichten Grad der internen Ordnung. Das betrifft beispielsweise die Frage, wie weit die Ermessensspielräume der Beschäftigten reichen, wie strikt die Arbeit auf bestimmte Zielvorgaben ausgerichtet ist und ob dies auch entsprechend kontrolliert oder evaluiert wird. Dagegen arbeiten die retardierenden Momente, wie beispielsweise die Altersstruktur, die baulichen und räumlichen Verhältnisse, die Stärke der Mitarbeitervertretung oder die Traditionsorientierung einer Einrichtung. Wir behalten dieses Modell im Gedächtnis und wenden uns nun konkreten Beispielen von Institutionalisierungs- und De-Institutionalisierungsprozessen zu.

### 3. (De-)Institutionalisierungsprozesse in der psychiatrischen Versorgung

Ein Kernelement von historischen Institutionalisierungsprozessen im Bereich sozialer personenbezogener Dienstleistungen war die Etablierung bestimmter Einrichtungstypen. Diese stellen ihrerseits zentrale Bezugspunkte für andere Elemente und Strukturierungen des betreffenden organisatorischen Feldes dar. Für den Bereich personenbezogener sozialer Dienstleistungseinrichtungen ist dies historisch die *Anstalt* in ihren verschiedenen Varianten gewesen. Anstalten waren eine der wesentlichsten und folgenreichsten Antworten auf die Soziale Frage des 19. Jahrhunderts und auf die damit verbundenen Veränderungen von Familienstrukturen und Beschäftigungsverhältnissen. „Allein in der Zeit von 1877 bis 1913 stieg die Anzahl der öffentlichen psychiatrischen Heilanstalten in Deutschland von 93 auf 233 und die Zahl der Anstaltsinsassen von 47.228 auf 239.583.“ (Häfner, 2016: 122) Die militärische Prägung der Gesellschaft

begünstigte die autoritär-hierarchische Organisation dieser Anstalten und den disziplinierenden Umgang mit den Insassen. Häfner (ebd.) zitiert den ersten Direktor des 1826 neu geschaffenen Irrenhauses zu Heidelberg, Dr. Friedrich Groos (1768–1852), einen prominenten Psychiater dieser Zeit: „Die Irrenanstalt ist eigentlich als eine polizeiliche Anstalt, als ein Gefängnis aufzufassen. Bei den meisten Insassen besteht ohnehin keine Hoffnung auf Heilung. Durch die Internierung werden sie wenigstens der Öffentlichkeit entzogen.“ Die Funktion der Sicherung der öffentlichen Ordnung und ihre geografische wie soziale Isolierung waren charakteristische Merkmale der psychiatrischen Anstalten.

Die Institutionalisierung der anstaltsförmigen „Behandlung“ ging einher mit der Institutionalisierung eines zunächst recht langsam anwachsenden Bestands an Kategorisierungen von Insassen (später in Form von Diagnosen), Hilfeformen (physikalische, Arbeits- und Beschäftigungstherapie), organisatorischen Einteilungen (akute, chronische und Wach-Stationen) und Helferberufen (zu denen Sozialarbeiter und Psychologen lange Zeit *nicht* gehörten). Das „medizinische Modell“, dem heute noch die Versorgung wie deren Finanzierung im Wesentlichen folgt, setzte sich erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts allmählich durch. Dieses institutionelle Arrangement der Anstalt blieb nicht nur, aber besonders auch in Deutschland bis in die 1950er- und 1960er-Jahre weitgehend unangefochten.

Anstalten verbinden Aspekte der Fürsorge, der Isolierung und der Kontrolle. Sie ähneln sich in der Weise, dass sie die Lebensäußerungen ihrer Mitglieder (wie die ihres Personals!) in ihrem Freiraum stark einschränken und negativ bestimmen. Der amerikanische Soziologe Erving Goffman hat die Charakteristika solcher Einrichtungen in dem Idealtyp der *Totalen Organisation* zusammengefasst. Goffmans Arbeiten von Anfang der 1960er-Jahre („Asyle“, 1961; „Stigma“, 1963) waren nicht nur in den USA, sondern auch hierzulande wichtige Orientierungspunkte für Initiativen bei ihren Bemühungen um eine De-Institutionalisierung aller Formen von Anstalten.<sup>4</sup> Erste Impulse zur Veränderung dieser lange so erfolgreichen und effizienten Institutionalisierungstradition kamen allerdings schon vorher aus den skandinavischen Ländern und aus Großbritannien. Damit daraus aber ein weltweiter, wenngleich länderspezifisch zeitverschoben einsetzender Megatrend werden konnte, musste viel zusammenkommen (man erinnere sich an Christine Olivers Schema). Ich nenne nur einige wichtige Punkte:

(1) *Skandalisierung*: Um 1970, also 25 Jahre nach Kriegsende, waren die 130 psychiatrischen Anstalten in der Bundesrepublik Deutschland immer noch

---

4 Die beiden zitierten Werke von Goffman wurden 1973 bzw. 1975 ins Deutsche übersetzt.

weitgehend geschlossen und mit vergitterten Fenstern versehen. Im im Jahr 1973 veröffentlichten Zwischenbericht der Enquete-Kommission wurde etwa festgestellt: „In rund 40% der Räume ... standen mehr als 10 Betten; etwa ein Drittel der Kranken war bis zu einem Jahr, ein weiteres Drittel 1-10 Jahre und das letzte Drittel bereits über 10 Jahre untergebracht. Für rund 750 Aufnahmen/Jahr standen ein Sozialarbeiter und ein Beschäftigungstherapeut zur Verfügung“ (Häfner, 2016: 126). Zeitschriften wie der „STERN“ und „DER SPIEGEL“ veröffentlichten aufsehenerregende Reportagen über haarsträubende Zustände. Die moralische Infragestellung und der Vertrauensverlust der Psychiatrie wurden durch die Aufdeckung des Massenmords an psychisch Kranken und Behinderten im Nationalsozialismus weiter verstärkt (vgl. Dörner et al., 1980).

- (2) *Kosten*: Die Anstaltsversorgung war *teuer* und verteuerte sich weiter, wenn man zumindest ansatzweise versuchte, sie durch bessere Stellenschlüssel, größeres Raumangebot oder gruppenbezogene Behandlungskonzepte von innen heraus zu verbessern. Von daher lag es für Politik und Kostenträger nahe, nicht nur nach humaneren, sondern vor allem auch nach billigeren Alternativen zu suchen.
- (3) *Alternativen*: Mit den neuerdings verfügbaren Psychopharmaka standen mehr und bessere Möglichkeiten bereit, Patienten für ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu befähigen. Zunehmend entwickelten sich zudem innerhalb der psychiatrischen Profession patientenorientiertere und an einem humanistischen bzw. ganzheitlichen Menschenbild orientierte Positionen und Modelle, wie beispielsweise das der „Therapeutischen Gemeinschaft“ (Jones, 1976).
- (4) *Soziale Diskriminierung*: Die Bürgerrechtsbewegung und die sog. „Außerparlamentarische Opposition“ drängten auf den Schutz individueller Menschenrechte und die Abschaffung von Zwangselementen in Versorgung und Behandlung. Man bezog sich dabei nicht zuletzt auf Erkenntnisse der aufkeimenden sozialepidemiologischen Forschung über gehäufte psychische Störungen bei Angehörigen unterer sozialer Schichten und deren schlechte Versorgungslage. Gerade der zunehmende Ausbau des Sozialstaats in der Nachkriegszeit machte das Vergessen und die Vernachlässigung des Schicksals der Anstaltsinsassen besonders spürbar.
- (5) *Gemeindeorientierung*: Ein wichtiger Impuls ging von Reformentwicklungen in den USA aus: Präsident Kennedy hatte 1963 den *Community Mental Health Centers (CMHC) Act* erlassen. Erklärtes Ziel war eine Reduktion von mindestens 50% der Insassen von psychiatrischen Anstalten innerhalb der

nächsten 10 bis 20 Jahre. Unter finanzieller Förderung durch die Washingtoner Bundesregierung sollte eine Systemänderung von den öffentlichen Großanstalten hin zu gemeindegetragenen Versorgungsnetzen in Gang gesetzt werden. Die angestrebte De-Institutionalisierung vollzog sich dann sogar noch schneller und umfassender als geplant: 1975 hatte sich die Insassenzahl der amerikanischen Anstalten bereits um 62% reduziert. Man sprach schon von einer *psychiatric revolution*, die das dunkle Zeitalter der totalen Institutionen beenden würde. De-Institutionalisierung schien machbar.

Ähnlich wie zehn Jahre zuvor in den USA machte sich in Deutschland um 1970 eine eher ungewöhnliche überparteiliche Koalition für eine Psychiatriereform stark. Ausgerechnet einer der wichtigsten Vorkämpfer, Walter Picard, war ein Politiker der CDU. Für Konservative war neben humanitären Erwägungen eine De-Institutionalisierung nicht zuletzt deshalb attraktiv, weil die Reduktion von Insassen eine Kosteneinsparung und eine gewisse Ent-Staatlichung versprach. Progressive und liberale Politiker schätzten demgegenüber eher die positiven Auswirkungen auf die Rechtsstellung der Patienten und die Stärkung der kommunalen Ebene. Die „Anstaltslobby“, also die Koalition der Bremser, setzte sich aus Vertretern der Anstaltspsychiatrie und der psychiatrischen Ordinarien sowie aus den Gewerkschaften (damals der ÖTV) zusammen, die sich für den Erhalt der Arbeitsplätze der in ihrer großen Mehrheit bei ihnen organisierten Pflegekräfte in den Anstalten stark machten.

Ein erstes Zwischenergebnis der Debatte war die Beauftragung einer Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie, die 1975 ihren Bericht vorlegte. Entgegen hohen Erwartungen der Reformer hatte sich die Enquête-Kommission nicht auf eine wirkliche Strukturreform einigen können: Das Prinzip der De-Institutionalisierung anstaltsförmiger Internierungssysteme und einer radikalen Rückverlagerung psychosozialer Hilfen in die Lebenswelt war an keiner Stelle ausdrücklich formuliert worden. Das *medizinische Modell* blieb unangefochtene Leitvorstellung. Wie Caspar Kulenkampf, der Vorsitzende der Kommission, berichtet, verteidigte „die ‘Anstaltslobby’ den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen ... Die Einfügung ... der Worte ‘Auflösung’ oder ‘Schließung’ in die Empfehlungen war nicht durchzusetzen.“ (zit. nach Häfner, 2016: 134)

Auf der anderen Seite der Auseinandersetzung um eine De-Institutionalisierung standen damals die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und der sog. Mannheimer Kreis. Beides soziale Bewegungen, die ab 1970 zahlreiche Studenten der Sozialpädagogik, der Psychologie und der Medizin sowie unzufriedene Mitarbeiter von psychiatrischen und anderen sozialen Einrichtungen zusammenführten. Man betrachtete die Arbeit an der Psychiatriereform nicht

primär oder zumindest nicht nur als organisatorische Verbesserungskampagne, sondern verstand sie – angeregt durch antipsychiatrische Autoren wie Basaglia, Laing, Cooper oder Foucault – als eine Form konkreter Gesellschaftspolitik. Das beinhaltete auch und gerade die Suche nach *alternativen Formen der Versorgung*. Vor diesem Hintergrund entwickelte sich um die Mitte der 1970er-Jahre eine Reihe antiinstitutionell ausgerichteter Initiativen.

Über eine dieser Initiativen, an der ich selbst beteiligt war, will ich kurz berichten und dabei insbesondere die Ambivalenzen markieren, mit denen wir bei diesem Unterfangen konfrontiert wurden: Der *Kriseninterventionsdienst (KID)* in München entstand aus einer einschlägig engagierten Szene von etwa 80 Personen heraus und wollte programmatisch eine institutionelle Alternative zur anstaltzentrierten Versorgung entwickeln und erproben. Es gab eine Vielzahl von „Fronten“, an denen wir versuchten, mit unserer gegeninstitutionellen Kampagne voranzukommen (zum Folgenden ausführlich Wolff, 1978):

- *Alternatives Krankheitsverständnis*: Dem medizinischen Modell setzten wir unsere Vorstellung von psychischen Störungen als problematisch gewordene Formen individuellen Leidens an den widersprüchlichen und restriktiven Bedingungen gesellschaftlicher Lebenssituationen entgegen. Psychische Probleme waren für uns im Kern immer auch soziale Probleme. Deshalb schien uns der Verzicht auf Diagnosen zugunsten von Verhaltens- und Potenzial-Beschreibungen nur konsequent. Der Preis dafür war, dass die Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Einrichtungen stark eingeschränkt wurden. Diagnosen, wie andere Formen der Kategorisierung, sind ja nicht nur wesentliche Elemente von Institutionen; sie sind zugleich auch wichtige Formate der Kommunikation und Verständigung zwischen Organisationen.<sup>5</sup> Ich kann mich noch gut an jene fast schon traumatische Erfahrung erinnern, als einer unserer ersten Klienten in eine derart schwere Krise geriet, dass wir sie mit unseren Mitteln nicht mehr

---

5 Sie funktionieren nämlich als *Grenzobjekte* im Sinne von Star und Griesemer (1989, S. 297): “Boundary objects are those objects that both inhabit several communities of practice and satisfy the informational requirements of each of them. Boundary objects are thus both plastic enough to adapt to local needs and constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use and become strongly structured in individual-site use. These objects may be abstract or concrete ... Such objects have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable, a means of translation. The creation and management of boundary objects is a key process in developing and maintaining coherence across intersecting communities.”

auffangen konnten, und ich zum ersten Mal gezwungen war, jemanden in die verhasste psychiatrische Anstalt einzuliefern. Der durchaus gutwillige junge Psychiater in der Aufnahmestation wollte wissen, „was der Patient denn habe“, und nötigte mich als Quasi-Kollegen hartnäckig, ihm eine Diagnose zu nennen, was ich wiederum als damaliger „Anti-Psychiater“ unbedingt vermeiden wollte. Um meinen Klienten nicht zu gefährden und um aus dieser unmöglichen Situation herauszukommen, musste ich – auch um meine eigene professionelle Reputation (ich war schließlich diplomierter Psychologe!) in den Augen meines Gegenübers zu wahren – klein beigeben, d.h. ihm zumindest einen Diagnosevorschlag („akute schizophrene Episode“) unterbreiten.

- *Institutionelle Alternative:* Unsere Idee war, durch Prävention und möglichst frühzeitige Intervention in psychosoziale Krisen Krankheitsentwicklungen zu verhindern und so der Anstalt buchstäblich den Nachschub abzuschneiden. Die *Krisenintervention* erschien uns als das am weitesten gehende de-institutionelle Versorgungsmodell. Das ist im Grundsatz sicher richtig. Andererseits mussten wir aber mit der Zeit einsehen, dass auch Krisen zu ihrer Bewältigung und Nachbetreuung Zeit brauchen sowie geschützte Räume, jederzeit verfügbare Betreuungspersonen und ein Mindestmaß an medikamentöser Unterstützung benötigen.

Alles das konnten wir nur in Ansätzen bereitstellen. Insbesondere fehlten uns kurzfristige Unterbringungsmöglichkeiten („Krisenbetten“). Dass man eine Störung früh erkennen und dann in ihren Anfangsstadien intervenieren sollte, ist eine gute Idee, deren Umsetzung freilich ihre Tücken hat. Erstens ergab sich daraus eine strukturelle Präferenz für leichtere Fälle. Zum Zweiten sind schwache Signale typischerweise schwer zu entdecken, sodass man überall und nirgends ansetzen, d.h. in der Konsequenz, den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr erkennen konnte. Und drittens ist es ausgesprochen schwer, Geldgebern klarzumachen und zu belegen, dass man auf diese Weise Krankheitsepisoden und Einweisungen sowie die damit verbundenen Kosten und Leiden tatsächlich und signifikant verringern kann. An den Nutzen von Prävention muss man zunächst einmal glauben! Beweise dafür stellen sich, wenn überhaupt, erst sehr viel später ein.

- *Öffentlichkeit herstellen:* Zumindest auf den ersten Blick erfolgreicher waren wir mit unserer Öffentlichkeitsarbeit. Wir veranstalteten Pressegespräche und Podiumssitzungen; einmal luden wir sogar Franco Basaglia zu einem Vortrag ein, der noch dazu dann in der eigentlich bekämpften Anstalt München-Haar stattfand. Zeitungen berichteten und wir machten uns dadurch Mut, aber blieben doch auch weitgehend unter uns.

- *Gemeindenähe suchen*: Das Konzept der „Gemeinde“ besaß große Attraktivität nicht nur für den engeren Bereich der Sozialpsychiatrie, sondern darüber hinaus für viele andere Initiativen der Armutsbekämpfung und der sozialen Arbeit. Unsere eigenen Erfahrungen beim Versuch der Herstellung von Gemeindegemeinschaften blieben ambivalent. Hauptsächlich deshalb, weil sich bekanntlich „Gemeindegemeinschaften“ so einfach nicht finden und fassen lässt. Typischerweise versuchten wir dann Kontakte mit anderen Einrichtungen im betreffenden Stadtteil aufzunehmen, was in den meisten Fällen zu relativ unverbindlichen „Netzwerktreffen“ führte. Als wir später noch einen sozialpsychiatrischen Dienst (er war immerhin die erste dieser ambulanten Einrichtungen in Bayern!) gründeten, machten wir ähnliche Erfahrungen. Institutionelle Zwänge nötigten uns immer wieder, die Nähe zu anderen vergleichbaren Einrichtungen zu suchen. Nicht die vielleicht „nahe“, aber eben doch schwer fass- und darstellbare „Gemeindegemeinschaft“ war letztlich für unsere Fallzahlen relevant, sondern die Vergleichswerte der anderen sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb des Stadtgebiets. Dies wurde uns und den anderen, diesbezüglich zunächst ebenso naiven Diensten, schnell klargemacht, als die ersten Jahres- und Rechenschaftsberichte für die städtischen Geldgeber anstanden. Jeder der neu entstandenen sozialpsychiatrischen Dienste hatte zunächst seine eigenen Fallzahlen veröffentlicht, was sehr unangenehme Nachfragen der kommunalen Politik und der Geldgeber zur Folge hatte. Es macht eben einen Unterschied, ob Telefonanrufe, Erstgespräche, Beratungstermine oder nur mit Klienten vereinbarte Beratungssequenzen als Bezugsgrößen für die Statistik und die Aktenführung dienen. In Absprache unter den Diensten wurden dann eiligst „angemessene Fallzahlen“ und „passende Kriterien“ für das, was der „Fall“ sein könnte, entwickelt – also klassische Institutionalisierungsarbeit verrichtet!
- *Ent-Hierarchisierung und Rückbau von Arbeitsteilungen*: Natürlich wollten wir die medizinisch-psychiatrische Hierarchie auch im Innenverhältnis auflösen. Keine Profession sollte die anderen majorisieren. Ich kann mich an lange Auseinandersetzungen bei der Konzipierung und Beantragung unseres sozialpsychiatrischen Dienstes darüber erinnern, ob wir nicht ganz auf Mediziner oder doch zumindest auf Psychiater verzichten könnten. Da wir wegen der Vorgaben der Kostenträger nicht völlig um die Beteiligung von Fachärzten herumkamen, beantragten wir schließlich eine 1/8 Medizinerstelle für Supervision, was sich natürlich auf Dauer nicht halten ließ. Es sollte zudem möglichst geringe interne Arbeitsteilung geben. Funktionen sollten nicht auf einzelne Personen festgeschrieben, sondern rollierend ausgetauscht werden. Alle verstanden wir uns in einem diffusen Sinne als „Sozial-Arbeiter“, was übrigens

die beteiligten Sozialarbeitsstudierenden und SozialarbeiterInnen gar nicht gut fanden. Schließlich beharrten wir – anfangs zumindest – auf konsequenter interner Demokratisierung: möglichst alle Entscheidungen sollten gemeinsam im Plenum gefällt werden.

Mehrere Jahre arbeiteten wir uns an den Ambivalenzen unserer De-Institutionalisierungsinitiative ab – bis zu einer gewissen Erschöpfung, die auch dem hohen Maß an Selbstaubeutung geschuldet war, die solche Projekte typischerweise fordern. Nicht nur bei uns kehrte Frustration ein, zumal mittlerweile die politische Konjunktur der Psychiatrie überhaupt abgeflaut war. Als ein letztes demonstratives Aufbäumen der De-Institutionalisierungsbewegung wurde auf der DGSP-Herbsttagung 1979 in Freiburg ein Beschluss zur „Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und Heime“ gefasst – übrigens gegen eine nicht unerhebliche Opposition aus den eigenen Reihen. Gerade viele der reformwilligen und in Modellprojekten tätigen Praktiker empfanden dies als Verrat an ihren Bemühungen und an deren ersten zaghaften Erfolgen.<sup>6</sup> 1980 fand dann noch ein Sternmarsch mit je nach Zählung 6.000 bis 10.000 TeilnehmerInnen in Bonn statt. Der Aufruf dazu liest sich wie ein Manifest der De-Institutionalisierung:

„Psychiatrische Großkrankenhäuser und -anstalten sind Stätten der Entwürdigung und Entrechtung von Mitbürgern unter fragwürdiger Legitimation. Die totale Institution wirkt auf Insassen und Personal behindernd und kränkend. Die Wiederherstellung der Menschenrechte der Betroffenen erfordert ohne Verzug die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und -anstalten. Wer heute zur katastrophalen Notlage der Patienten schweigt, macht sich schuldig.“

Mit den Halbherzigkeiten und Kompromissen der Vergangenheit sollte nun endlich Schluss sein. Wir wurden kategorisch-moralisch, hatten letztendlich aber nur Appelle zu bieten. Der sog. „Auflösungsbeschluss“ wie der „Sternmarsch“ waren bereits Rückzugsgefechte. Der Auflösungsbeschluss führte sogar in der Konsequenz zur Spaltung der psychiatrischen Reformbewegung. Der Höhepunkt der internen Zerfleischung war erreicht, als sich die Parole ausbreitete, man solle mit der Auflösung nicht bei den problematischsten der verbliebenen Großkrankenhäuser beginnen, sondern mit den am weitest entwickelten, weil sie den Verteidigern dieser Institutionen die stärksten Argumente in die Hand gäben. Nicht die berüchtigten „Bettenburgen“ wie Bedburg-Hau oder Haar sollten die Ersten sein, sondern Wunstorf und Weinsberg, Osnabrück und Gütersloh, also die Vorzeigeprojekte der Reformpsychiatrie. Austritte, interne Fraktionierungen

---

6 Vgl. Finzen (1985) und Finzen & Hoffmann-Richter (1995).

und das Sich-Zurückziehen vieler in Modellprojekte führten bald zum Erlöschen der revolutionären Energie.

Die Anstalt ist gestärkt, wenn auch verschlankt aus dem Modernisierungsprojekt der Psychiatrie-Enquete hervorgegangen. Der Psychiatriczug hat ein paar modernere Waggons erhalten. Er fährt aber weiterhin auf demselben Gleis in dieselbe Richtung. Die Anstalten bilden weiterhin die Spitze des Zugs. Der Ausbau der ambulanten Versorgung in enger Anbindung an die Kliniken macht die Psychiatrie in gewisser Weise sozialer, aber auch inklusiver: „Nicht nur stationäre, sondern auch die ambulanten Hilfen zielen oft mehr auf die Eingliederung des Klienten in die Sonderwelt der Psychiatriegemeinde und seine Anpassung an dürftige Lebensbedingungen als auf deren Überwindung und Rückführung in ein möglichst normales und sozial gesichertes Leben.“ (Regus, 2008: 38). Dafür ist der Begriff des *ambulanten Ghettos* geprägt worden, in dem die Betroffenen je nach aktuellem Zustand und gegebenen Möglichkeiten zirkulieren, ohne wirklich langfristig jenseits der Grenzen dieses Ghettos Fuß fassen zu können.

Es gibt in der Geschichte der De-Institutionalisierung zwei weitere Initiativen, in denen etwa zeitgleich ähnlich entschieden anti-institutionelle Positionen vertreten wurden, denen dann aber ein ganz unterschiedliches Schicksal beschieden war. Dies war zum einen die *abolitionistische Bewegung in der Strafrechtspflege* (frühere abolitionistische Bewegungen richteten sich auf die Abschaffung der Sklaverei und der Prostitution jeweils mit den bekannten Erfolgen). Ziel der Abolitionisten war nicht nur die Auflösung des Gefängnisses, sondern darüber hinaus die De-Institutionalisierung des Strafrechts. Strafrechtliche Konfliktregulierungen sollten auf ein unabdingbares Mindestmaß beschränkt und dafür zivilrechtliche und außerstrafrechtliche Konfliktregelungsmechanismen – angesiedelt möglichst im sozialen Umfeld von Tätern und Opfern – ausgebaut und gefördert werden. Augenscheinlich ist dieser Versuch einer De-Institutionalisierung eine rechtspolitische Marginalie geblieben. Eine andere „negative Reform“ im Sinne einer Ent-Institutionalisierung war erfolgreicher: die sog. *Heimkampagne* im Umfeld der Außerparlamentarischen Opposition und 68er-Bewegung, die die lange unter den Teppich gekehrten Zustände in geschlossenen Kinder- und Jugendheimen skandalisierte. Die dadurch ausgelöste Mobilisierung der Öffentlichkeit führte dazu, dass innerhalb eines halben Jahrzehnts (von 1968 bis 1973) das flächendeckende System der Fürsorgeerziehung zwar nicht völlig verschwand, aber doch zu 80 bis 90 Prozent durch ambulante Hilfeformen, Wohngruppen u. Ä. ersetzt wurde (vgl. Schölzel-Klamp & Köhler-Saretzki, 2010).

#### 4. Entwicklungsdynamiken im Feld der Behindertenhilfe

Dadurch, dass es in der modernen Gesellschaft zu einem gewissen institutionellen Pluralismus kommt und sich zudem gelegentlich Inkonsistenzen in und zwischen Institutionen auftun, eröffnen sich Handlungs- und Interpretationsspielräume für Organisationen, aber auch für einzelne institutionelle Unternehmer, die bestrebt sind, eine Institutionalisierung aktiv zu befördern, zu blockieren oder zu neutralisieren. Dies im Blick, möchte ich nun einen Perspektivwechsel vornehmen und fragen, wie sich Institutionalisierungs- bzw. De-Institutionalisierungsversuche *aus der Perspektive der betreffenden Einrichtungen* darstellen. Wie gehen Einrichtungen mit Umweltveränderungen in institutionalisierten Bereichen und den entsprechenden Zumutungen um? Wie kommt die relative Beständigkeit bestimmter Einrichtungen trotz neuer Institutionalisierungsprozesse zustande? Mein diesbezüglicher Beispielfall ist die *Behindertenhilfe* und deren Entwicklung seit den 1960er- und 1970er-Jahren.<sup>7</sup>

Das Feld der Behindertenhilfe hat seit den 1970er-Jahren eine Vielzahl von phasenweise auftretenden Interventionen und Irritationen erlebt, die jede für sich durchaus dazu angetan gewesen wäre, De-Institutionalisierungsprozesse auszulösen. Um nur einige dieser „Anregungen“ zu nennen: zunächst die Phase der *Institutionalisierung neuer Rechtsansprüche* bis in die 1980er-Jahre; dann kam die *Ökonomisierung*, sodann der Aufstieg der Ideen von *Normalisierung* und der *Teilhabe* behinderter Menschen in den 1980er- und 1990-Jahren. In den 1980er-Jahren beginnen Klienten sich selbst zu organisieren, allerdings überwiegend im Bereich der körperbehinderten Menschen. Ab etwa 2000 ist die institutionalisierte Behindertenhilfe mit der Forderung nach *Selbstbestimmung* und neuerdings nach *Inklusion* konfrontiert und soll sich schließlich neu institutionalisierten Leistungsformen, wie dem „persönlichen Budget“, öffnen.

Gleichwohl wird von der einschlägigen Literatur übereinstimmend eine *phasenübergreifende institutionelle Beharrlichkeit* diagnostiziert: „In den 1980er und 1990er Jahren sind (die ambulanten) Alternativen marginal geblieben. Es wurde ganz im Gegenteil das Angebot an stationären Einrichtungen rasant ausgebaut“, stellen Rohrman und Schädler (2011: 232) fest. Die mir vorliegenden Zahlen belegen zumindest bis zur Mitte der 2000er-Jahre eine klare Dominanz stationärer

---

7 Ich stütze mich dabei vor allem auf die Ergebnisse einer von Claudia Muche an unserem Institut durchgeführten Untersuchung über Entwicklungsdynamiken im Feld der Behindertenhilfe, die 2017 unter dem Titel „Organisationale Identitäten als Behinderung“ erschienen ist.

Betreuungsplätze gegenüber ambulanten. So lebten 2000 noch 80% der Menschen in Einrichtungen in Einheiten mit mehr als dreißig MitbewohnerInnen. Für Menschen mit geistiger Behinderung kamen auf einen ambulanten Betreuungsplatz neunzehn stationäre (bei insgesamt rund 31.000 Plätzen). Statt eines Auf- und Ausbaus ambulanter Dienste und barrierefreier Wohnungen wurden tatsächlich *immer mehr Heime* gebaut. Die Zahl der Heimunterbringungen „... stieg zwischen 1991 und 2001 um 55 Prozent (von 103.519 auf 160.346).“ (Rohrman, 2005: 35)

Selbst wenn diese Zahlen nicht mehr den heutigen Stand wiedergeben dürften, zeigen sie doch, wie resistent sich die Organisationen, die mit geistiger Behinderung befasst sind, gegenüber dem Wandel programmatischer Selbstverständlichkeiten verhalten. In der Behindertenhilfe besteht zumindest ein markanter Gegensatz zwischen der Propagierung neuer fachlicher Leitideen wie Normalisierung, Integration und Inklusion in der einschlägigen Fachöffentlichkeit auf der einen und der tatsächlichen Ausgestaltung und Beschaffenheit der Sonderwelten der Einrichtungen auf der anderen Seite. Das Feld ist durch geringe Entwicklungsdynamik gekennzeichnet, obwohl eigentlich mehr „machbar“ wäre. Klaus Dörner, der seit Jahrzehnten an verschiedenen Fronten für eine Auflösung aller anstaltsmäßigen Versorgungsstrukturen kämpft, spricht bezogen auf große Behinderteneinrichtungen von einer *Schutzhaft der Nächstenliebe* (Dörner, 1999, zit. nach Muche, 2017: 32). Und Jens Clausen (2012: 219) stellt resignierend fest: „Überhaupt ist es bemerkenswert, wie unbeeindruckt von allen theoretischen Erörterungen und auch gesellschaftlichen Entwicklungen die Behindertenhilfe die Rezeption der Exklusionsdebatte der letzten 20 Jahre verweigert hat.“ Wie ist das möglich?

Erste empirisch fundierte Einsichten bietet die schon angesprochene Studie von Claudia Muche. Muches Sample bestand aus drei Anbietern einer norddeutschen Region, die jeweils seit mehr als vierzig Jahren aktiv sind; einer konnte sogar schon auf eine mehr als einhundertzwanzigjährige Tradition zurückblicken. Es sind zwei große und ein, vergleichsweise kleiner Anbieter. Bei allen drei Einrichtungen fällt auf, wie konsequent sie ihrer einmal eingeschlagenen organisationalen Ausrichtung folgen und wie sorgsam und erfolgreich sie ihr Selbstbild zugleich weiterentwickeln und konservieren. Alle drei kann man angesichts ihres diversifizierten und umfassenden Angebots, das sich über das gesamte Lebensalter der BewohnerInnen erstreckt, als Groß- und Komplexeinrichtungen bezeichnen. Die Angebote werden speziell und ausschließlich für die Zielgruppe der Behinderten entwickelt und bereitgestellt. Die Basisangebote beziehen und bezogen sich bei allen Einrichtungen, allerdings mit je unterschiedlicher Gewichtung, auf Frühförderung, Wohnen, Arbeiten, Freizeit, Bildung und Gesundheit, d.h. sie folgen übereinstimmend der Idee der Vollversorgung möglichst aller behinderten

Menschen in einem bestimmten Umkreis. Man verzichtet zudem darauf, unter den Menschen mit geistiger Behinderung Untergruppen zu bilden. Im Sinne einer „internen Integration“ werden Angebote für alle angestrebt. Die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Angeboten ist kaum zu treffen. Das Nicht-Stationäre ist nur eine zusätzliche Option (wie z.B. ambulante Wohnangebote), die aber weiterhin eng mit dem stationären Kern verbunden bleibt. Das Leben mit Behinderung wird so zu einer Frage der organisationalen Struktur und entfaltet sich je nach den bereitgestellten Angeboten. Normalität im Sinne des Andersseins in Sonderstrukturen ist durchaus möglich, allerdings werden „Über-Normalisierungen“ über diese Grenzen hinaus abgelehnt. D.h., es wird kein positives Bild von Behinderung als Potenzial, Vielfalt und Verschiedenheit entwickelt.

Die Organisationskarrieren bei den Anbietern erweisen sich als stetige bzw. kontinuierliche Verläufe des Aufbaus, Umbaus oder Erweiterns mit jeweiligen aufeinander bezogenen Modernisierungsschüben – relativ unabhängig von dem, was im diskursiven Feld der Behinderung sonst noch so passiert. Dies wird an dem folgenden Schaubild deutlich, welches ich der angesprochenen Untersuchung von Claudia Muche entnommen habe. In ihm werden die Entwicklungsphasen der untersuchten drei Behinderteneinrichtungen (Lebenshilfe Maienstadt, Stiftung

Table 2: Entwicklungsphasen der drei Behinderteneinrichtungen

1960–70	1970er	1980er	1990er	2000–11/12
Bundesrepublik Deutschland				
Institutionalisierung von Rechtsansprüchen Aufbau von Einrichtungen			Ökonomisierung	Teilhabe Inklusion
Lebenshilfe Maienstadt				
Pionierphase	Expansionsphase I			Expansionsphase II
Stiftung Juniburg				
Gründung 19. Jhd.	Anstaltsbetrieb	Modernisierungsphase	Stagnation	‘Leichte’ Öffnung
Lebenshilfe Julifelde				
Beschränkte Aufbauphase		Diversifikation		Öffnungstendenzen

Quelle: nach Muche, 2017: 223

Juniburg und Lebenshilfe Julifelde – dies sind natürlich Anonymisierungen) auf einer Zeitachse abgebildet und mit generellen Entwicklungstrends im einschlägigen Diskurs in Beziehung gesetzt.

Um diese Einrichtungen zu charakterisieren, verwendet Muche die Bezeichnung „identitätsbewusstes Traditionsunternehmen“, dessen Vertreter als eine Art Unternehmer-Artisten mit den Ambivalenzen ihrer Einrichtungsform die vielschichtigen Außenanforderungen ausbalancieren. Ein zentraler Faktor und ein retardierendes Moment sind die jeweiligen *organisatorischen Identitäten*, die ein stabiles internes Wertekorsett sowie ein orientierendes Selbstbild bereitstellen und der Einrichtung helfen, den einmal eingeschlagenen Kurs trotz gelegentlicher Irritationen beizubehalten. In der folgenden Tabelle 3 sind drei solcher Organisationsidentitäten, wie sie sich in Muches Untersuchung gezeigt haben, stichwortartig zusammengefasst (Festland, Insel und Halbinsel sind in diesem Fall „sprechende“ Anonymisierungen für die drei Einrichtungen).

Tabelle 3: Elemente der Organisationsidentität

<i>Elemente der Organisationsidentität</i>	<i>Festland</i>	<i>Insel</i>	<i>Halbinsel</i>
<i>Grundidee als Organisation im Feld der Behindertenhilfe</i>	Moderne und professionelle Organisation, Pionier der Behindertenhilfe mit Zukunftsvision	Diakonische Großeinrichtung. Gegenmodell zum Mainstream der Behindertenhilfe	Kleiner, familiärer Anbieter der Behindertenhilfe mit typischer Angebotspalette
<i>Verortung im sozialen Raum</i>	Sozialräumlich orientierte Organisation. Dezentrale Aufstellung mit permanenter Erweiterung und Netzwerkausbau	Konzeptualisierung als eigener, besonderer Ort mit klarem Innen und Außen. Kaum Bezüge in den regionalen Raum hinein	Gemeindenahes bzw. teilstationäres Konzept. Verinselung ist im zeitlichen Verlauf erkennbar, zugleich aber auch Nähe und Verbindung zum Festland
<i>Spezifische Mission</i>	„Mittendrin sein“. Nur mit der Organisation kann der behinderte Mensch „mittendrin“ sein	„Zuhause sein“. Nur hier können behinderte Menschen ihre Welt gestalten und anders sein, der geschaffene Raum kann zur eigenen Welt gemacht werden, die 'Welt' draußen nicht	Hilfe als „Gesamtpaket“ anbieten, auf das die behinderten Menschen und ihre Eltern angewiesen sind

Quelle: Muche, 2017: 231

Die von Muche ermittelten Identitätsmuster sind erkennbar nicht auf pädagogische Handlungslogiken bei der Erbringung von Behindertenhilfe bezogen. Als „das Charakteristische der einzelnen Organisationen wurden vielmehr die Art und Weise von Verortung und die Verräumlichungsstrategien im Zeitverlauf bzw. der organisatorischen Aufstellung im lokalen Raum ausgemacht.“ (Muche, 2017: 246) Im Sinne einer Selbst-Institutionalisierung nutzen diese Einrichtungen den immanenten moralischen Überschuss, den sie nicht nur deshalb beanspruchen können, weil sie „für das Gute arbeiten“, sondern auch aufgrund ihrer langen Geschichte, ihrer großen Erfahrung und ihrer immer wieder unter Beweis gestellten institutionellen Leistungsfähigkeit. Institutionelle Zumutungen wie Ökonomisierung und Qualitätssicherung lassen sich auf dieser Basis ohne allzu große Mühe organisatorisch klein- bzw. einarbeiten, wobei auch die schiere Größe und Differenzierung der Einrichtungen ein strategischer Vorteil sind: Man kann dann z.B. solche Impulse in interne Modellprojekte kanalisieren oder auch aus dem Angebot an Reformvarianten solche mit der höheren (Eigen-)Systemrelevanz auswählen.

Muche beobachtet eine, angesichts dieser weitgehenden Autonomie und Pfadabhängigkeit vergleichsweise geringe Zugriffs- und Kontrolldichte seitens der Kostenträger. Zwischen den Einrichtungen gibt es keine wirkliche Konkurrenz, sondern eher geregelte Märkte, stillschweigende Gebietsabsprachen und partnerschaftlich-kollegialen Umgang. Die durchgehend günstige Nachfragesituation im Bereich der Behindertenhilfe kommt der relativen Unabhängigkeit der Akteure zusätzlich zugute. Muche fand nach eigenen Worten weniger eine *Versorgungslandschaft* als eine *Versorgungskarte* mit klaren Grenzen und wenigen Überschneidungen vor, die letztlich von den Kostenträgern akzeptiert und reproduziert wird. Die nötige Kohärenz dieses institutionellen Feldes wird hauptsächlich durch gegenseitiges Beobachten und Abstandhalten gewährleistet.

Angesichts der „Eigensinnigkeit“ der Einrichtungen kommt es zu keiner einheitlichen oder auch nur parallelen Reaktion auf Veränderungen im betreffenden organisatorischen Feld. Die obige Tabelle 2 zu den Entwicklungsphasen macht aber ebenfalls deutlich, dass der Aspekt der *Inklusion* von den Einrichtungen noch nicht wirklich assimiliert wurde. Bislang wird Inklusion noch eher als Integration und Selbstbestimmung *im Rahmen der Einrichtung* (um-)interpretiert und auf diese Weise neutralisiert. Für das Feld der Behindertenhilfe würde Inklusion im strengen Sinne aber bedeuten, dass es zu einer gewissen De-Institutionalisierung kommen, die Einrichtung sich also grundsätzlich infrage stellen müsste. Von daher wird es interessant sein zu verfolgen, wie sie mit dieser Herausforderung in Zukunft umgehen. Angesichts der Halbherzigkeit und Unterfinanzierung

von Inklusionsbemühungen in anderen Bereichen (man denke an die „inklusive Schule“!) dürfte man sich in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zumindest mittelfristig wohl keine allzu großen Sorgen über womöglich „identitätsgefährdende“ De-Institutionalisierungen machen (müssen).

## 5. Uneinheitliche Trends

Prozesse der De-Institutionalisierung finden wir vor allem in den westlichen Industrieländern. In den Ländern des globalen Südens, wo, wenn überhaupt, nur marginale Versorgungsstrukturen existieren, macht De-Institutionalisierung keinen rechten Sinn. Bislang wissen wir zudem noch recht wenig darüber, ob und wie institutionalisierte Organisationen über Ländergrenzen hinaus „wandern“. Generell wird man diesbezüglich nicht von bruchlosen Übernahmen bestimmter hiesiger Modelle und Vorstellungen ausgehen dürfen. Erste Forschungen, wie sie in dem Hildesheimer DFG-Graduiertenkolleg zur „Transnationalen sozialen Unterstützung“ durchgeführt wurden, befassen sich u.a. mit *travelling organisations*, also mit der Frage, wie Einrichtungstypen gewissermaßen als Ideen um die Welt reisen und in welcher Form sie in eine neue Umgebung transferiert werden: etwa Altenheime deutschen Typs nach Polen, Thailand, Indien oder auf die Philippinen; oder mit *transnational organizations*, die in ähnlicher Form in unterschiedlichsten Teilen der Welt zu finden sind, dort allerdings jeweils mit unterschiedlichen Akzentuierungen realisiert werden, wie etwa die sog. *senior citizen clubs* (vgl. Oppermann, 2017).

Form und Dynamik von De-Institutionalisierungsprozessen fallen aber auch in den Industrieländern oft recht unterschiedlich aus. Vielfach finden sich sogar massive Gegenbewegungen: in Japan etwa ist die Zahl der Anstaltsbetten in den letzten Jahren massiv gestiegen, ebenso die Zahl der Gefängnisplätze in den USA. In einigen Ländern steigen nicht nur die Zahlen des betreuten Wohnens, sondern auch die Zahlen der Zwangseinweisungen. Diesbezüglich gibt es in Deutschland zehnmals mehr Fälle als in den Niederlanden. Die Zahl der psychiatrischen Betten pro 10.000 Einwohner ist in diesen beiden Ländern nahezu identisch, während man in Spanien und Schweden nur etwa ein Drittel davon vorhält. Wirkliche De-Institutionalisierungen sind ausgesprochen selten. Im Großen und Ganzen wird man eher von verstärkter Institutionalisierung sprechen müssen (zu entsprechenden Statistiken vgl. Segal & Jacobs, 2013). Die Kräfte, die den Status quo unterstützen, scheinen fast überall stärker zu sein als jene, die auf Umsetzung der ja auch von der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen erhobenen Forderungen nach De-Institutionalisierung drängen.

Der deutlichste internationale Trend hinsichtlich einer De-Institutionalisierung ist die relative Verkleinerung zweier großer Organisationstypen: nämlich der psychiatrischen Anstalten und der Kinderheime – verbunden mit einem Transfer der Insassen in andere überwachte Lebensarrangements, was man als *Trans-Institutionalisierung* bezeichnen könnte. Nicht selten bedeutet dies für einen Teil der betreffenden Personen aber keine bessere Versorgung, sondern im Gegenteil Exklusion aus dem Therapiebereich, Obdachlosigkeit oder gar Haft.

In den USA hat sich – wie David Mechanic und David A. Rochefort (1990: 302) in ihrem Überblicksartikel aufzeigen – angesichts dieser uneinheitlichen Entwicklungen schon vor 1990 bei manchen Beobachtern der Eindruck festgesetzt, De-Institutionalisierung sei „one of the era’s most stunning public policy failures.“ Kritisiert wird vor allem die unvollständige Entwicklung und die inadäquate Leistungsfähigkeit der unterstützenden ambulanten Dienste während der Reduktionsphase der Anstalten. Gelegentlich hat man De-Institutionalisierung als neo-liberale Strategie der Kosteneinsparung zu entlarven versucht; oder man hat auf die problematischen Aspekte scheinbar progressiver Forderungen nach Inklusion, Selbständigkeit, „personalem Budget“ etc. verwiesen. Aus ethischer Sicht ließe sich mit Klaus Dörner (2007) in der Tat fragen, ob wir durch die Proklamation der Selbstbestimmung als höchstem Wert für alle Menschen nicht indirekt Akzeptanzbeschaffung für die fortschreitende Ökonomisierung des Sozialen betreiben. Wie dem auch sei – jedenfalls kann man feststellen, dass die De-Institutionalisierung typischerweise ein *inkohärenter nichtlinearer* Prozess ist, bei dem Programme, Politiken und Ergebnisse „lose gekoppelt“ sind. Es gibt keinen Automatismus dergestalt, dass der Aufbau kommunaler Dienste ursächlich verbunden ist mit einer Reduktion stationärer Einrichtungen.

Noch ein weiterer Punkt macht die Ambivalenz des Phänomens deutlich: Die ursprünglichen Initiativen zur De-Institutionalisierung schöpften ihre moralische und politische Überzeugungskraft aus den offensichtlichen Mängeln und Missständen der früheren Anstalten. Der Kampf um De-Institutionalisierung ist, so gesehen, immer zugleich ein Freiheitsversprechen gewesen. Unter den heutigen Klienten überwiegen aber jene, die die Anstaltspsychiatrie selbst gar nicht mehr erfahren haben. Für diese „Neuen Klienten“ besitzt die Befreiung aus und von der Anstalt und deren Ersatz oder Ergänzung durch ambulante Versorgungsformen keine selbstverständlichen positiven Aspekte. Man denke z.B. an die jüngere Population von Patienten mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Diese ist nicht nur in einer ganz anderen kulturellen Behandlungsumgebung sozialisiert worden als ihre Vorgänger (und die älteren ihrer Betreuer). Für den Umgang mit ihrem Alkohol- und Drogenkonsum und mit ihren oft sehr unkonventionellen

Lebens- und Verhaltensstilen reichen die Kapazitäten und Kompetenzen ambulanter Dienste und gemeindlicher Netzwerke oft nicht aus, wenn die betreffenden Personenkreise über solche Angebote überhaupt erreicht werden können. Jedenfalls weiß man heute, dass die „Gemeinde“ nicht notwendigerweise der beste Behandlungsort für alle psychisch Kranken und Behinderten ist. Und man weiß auch, dass stationäre Unterbringungs- und Versorgungsoptionen für eine erfolgreiche De-Institutionalisierung absolut essenziell sind.

In einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2014 werden auf der Grundlage eines Vergleichs der Entwicklungen in 193 Ländern folgende *fünf Prinzipien für eine erfolgreiche De-Institutionalisierung* herausdestilliert.

- *Gemeindebasierte Dienste* müssen bereits zur Verfügung stehen, *bevor Anstaltsstrukturen abgebaut werden*.
- Die in den Einrichtungen *Beschäftigten* müssen den Wandel *mittragen*.
- Die *politische Unterstützung* muss nicht nur breit sein, sondern auch *von oben* kommen.
- Den *richtigen politischen und gesellschaftlichen Augenblick* zu erhaschen, ist wesentlich.
- Die *bereitgestellten Mittel* dürfen nicht ein Nullsummenspiel sein oder gar auf Kosteneinsparung hinauslaufen. De-Institutionalisierung kostet nicht weniger, sondern eher mehr!

Das sind hohe Hürden. Institutionalisierung wie De-Institutionalisierung bleiben so gesehen *ambivalente und schwierige Angelegenheiten*. Einfache Lösungen gibt es nicht. Um ihnen aber näherzukommen, ist die Reflexion auf die (Geschichte der) Versuche der De-Institutionalisierung sicherlich nicht ohne Bedeutung.

### Literatur

- Clausen, J. J. 2012: Dimensionen der Inklusion in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie. In H. J. Balz, B. Benz. & C. Kuhlmann (Hg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 211-223). Wiesbaden
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. 2000: Das „stahlharte Gehäuse“ neu betrachtet: Institutioneller Isomorphismus und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern. In H.-P. Müller & S. Steffen (Hg.), *Zeitgenössische amerikanische Soziologie* (S. 147-173). Opladen
- Dörner, K. 2007: De-Institutionalisierung im Lichte von Selbstbestimmung und Selbstüberlassung – Absichten, Einsichten und Aussichten entlang der Sozialen Frage. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Behinderung ohne Behinderte!? Perspektiven der Disability Studies“, Universität Hamburg, 27. November 2007
- Dörner, K. et al. (Hg.) 1980: Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach „Holocaust“: Erkennen – Trauern – Begegnen. Rehberg-Loccum

- Falk, W. 2016: Deinstitutionalisieren durch organisationalen Wandel. Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen als Herausforderung für Veränderungsprozesse in Organisationen. Bad Heilbrunn
- Finzen, A. 1985: Das Ende der Anstalt. Der mühsame Alltag der Psychiatriereform. Bonn
- Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (Hg.) 1995: Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn
- Goffman, E. 1961: Asylums. Garden City, N. J.
- 1963: Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood-Cliffs, N. J.
- Häfner, H. 2016: Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. *Heidelberger Jahrbücher Online*, 1, 119-145
- Hasenfeld, Y. 1987: Welfare and Work: The Institutionalization of Moral Ambiguity. Working Paper Series – 147 j. School of Social Welfare, University of California, Los Angeles
- (Hg.) 2009: Human Services as Complex Organizations. (2nd Ed.) London
- 2010: Organizational Forms as Moral Practices: The Case of Welfare Departments. *Social Service Review*, 74, 329-351
- Jones, M. 1976: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern u.a.
- Klatetzki, T. (Hg.) 2010: Personenbezogene Soziale Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven, Wiesbaden
- Mechanic, D. & Rochefort, D. A. 1990: Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 301-327
- Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977: Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology*, 83, 340-363
- Muche, C. 2017: Organisationale Identitäten als Behinderung? Entwicklungsdynamiken in der Behindertenhilfe. Weinheim
- Oppermann, C. 2017: Wanna go Clubbing? – Senior Citizens Clubs in Kuala Lumpur. Eine Ethnographie von Freizeitorganisationen für ältere Menschen. Bielefeld
- Regus, M. 2008: Gemeindepsychiatrie in der Krise: Problemfelder und Bewältigungsstrategien. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 38, 35-40
- Rohrmann, A. 2005: Ambulant oder stationär. Unterstützung behinderter Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe. *Inforum*, 6, 34-43
- Rohrmann, A. & Schädler, J. 2011: Schwerter zu Pflugscharen? Zur Konversion von Großeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. *Behindertenpädagogik*, 50, 230-247
- Schölzel-Klamp, M. & Köhler-Saretzki, T. 2010: Das blinde Auge des Staates. Die Heimkampagne von 1969 und die Forderungen der ehemaligen Heimkinder. Bad Heilbrunn
- Schröer, W. & Wolff, St. 2018: Sozialpädagogik und Organisationspädagogik. In M. Göhlich, A. Schröer & S. M. Weber (Hg.), *Handbuch Organisationspädagogik* (S. 59-70). Wiesbaden
- Scott, W. Richard 2014: Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities. (4<sup>th</sup> ed.)

- Segal, P. & Jacobs, L. A. 2013: Deinstitutionalization. In Encyclopedia of Social Work. New York: Oxford University Press. Doi: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.101
- Star, L. & Griesemer, J. 1989: Institutional Ecology, 'Translations', and Boundary Objects: Amateurs and Professionals on Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology. Social Studies of Science, 19, 387-420
- Wolff, St. 1978: Klinisch-psychologische Tätigkeit in sozialpsychiatrischen Institutionen – Administrative Bedingungen und Möglichkeiten ihrer „alternativen“ Gestaltung. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens (S. 119-179) Frankfurt a.M.

*Stephan Wolff, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik,  
Stiftungsuniversität Hildesheim  
E-Mail: wolff.s@t-online.de*

PROKLA

# PROKLA. Seit 1971

## ZEITSCHRIFT FÜR KRITISCHE SOZIALWISSENSCHAFT

**Schwerpunktt Themen**

- Nr. 197: Krisen der Reproduktion (4/2019)
- Nr. 198: Globale Stoffströme und internationale Arbeitsteilung (1/2020)
- Nr. 199: Politische Ökonomie des Eigentums (2/2020)
- Nr. 200: Probleme des Klassenkampfes – heute (3/2020)

**Probeheft anfordern!**  
 PROKLA | [redaktion@prokla.de](mailto:redaktion@prokla.de) | [www.prokla.de](http://www.prokla.de)  
 Bertz + Fischer | [prokla@bertz-fischer.de](mailto:prokla@bertz-fischer.de) | [www.bertz-fischer.de](http://www.bertz-fischer.de)



**BERTZ + FISCHER**  
■ ■ ■