
Diskussion

Ein Weg zur Abschaffung der totalen Institution? Ansätze einer angemesseneren Reaktion auf Devianz

Rolf Driebold
Oldenburg

1. Zur Entwicklung der Reaktionen auf Devianz

Der Staat als ein Monopol für Zwangsanwendung, die sich nicht zuletzt in seinen Kontrollsystemen Psychiatrie und Strafvollzug manifestiert, bildet sicher das eine Extrem gegenwärtiger Praxisbetrachtung (vgl. z.B. Schumann 1985). Solch ein Strafvollzug, der neue Formen der Problembearbeitung lediglich als „sanftere“ Kontrolle zuläßt, in dessen Rahmen Behandlung nur „Deprivation durch Indoktrination“ (S. 23) – die Verknüpfung von Lockerung und Therapieerfolg – sein kann, läßt ausschließlich eine abolitionistische, ohne Ersatz abschaffende Strategie sinnvoll erscheinen. Auf der anderen Seite könnte man die Vorstellung vom Staat als ein sich quasi selbst abschaffendes bzw. seinen Einfluß reduzierendes System ansiedeln (vgl. z.B. Haferkamp 1984). Hinweise auf einen schwachen bzw. schwächeren Staat, der seine Macht verliert oder abgibt, wären dabei z.B. die Abschaffung des Zuchthauses, der kurzen Freiheitsstrafe und die verstärkte Einstellung von Strafverfahren. Nach dieser Einschätzung wird die Bundesrepublik „immer mehr eine entformierte, entinstitutionalisierte und enthierarchisierte Gesellschaft“ (S. 117). Daneben gibt es Tendenzen einer verstärkten Kriminalisierung (z.B. bei Drogenmißbrauch, politischen Straftaten, Wirtschafts- und Umweltkriminalität), die auch von Haferkamp nicht bestritten, allerdings für temporär und nicht vorherrschend gehalten werden, denn der Abbau von Sanktionen sei „über Jahrzehnte wie Jahrhunderte stabil . . .“ (S. 123).

Wohl zwischen diesen Polen einer Einschätzung der Systeme Strafvollzug und Psychiatrie wäre eine Position festzumachen, die gezielt die Aufhebung bisheriger institutioneller Unterbringung wie auch eine Umstellung der Arbeitsweisen, von einer Bewachung/Betreuung nun zu Hilfen in Freiheit, anstrebt. Dies soll im Bereich der staatlichen Systeme, aber auch in Kooperation mit freien Initiativen

erfolgen. Bei solch einer Transformation sind die „neuen kleinen Herren“ (vgl. Haferkamp 1984) von besonderer Bedeutung – hier in Form von Klinikdirektoren und Anstaltsleitern, Chef-Psychiatern oder leitenden Psychologen, Pflegern oder Vollzugsbediensteten –, die andererseits jedoch auch entschiedenen Widerstand gegen Veränderungen leisten und am stärksten ihre professionellen Interessen formieren und durchsetzen können (vgl. dazu Quensel 1984, S. 215). Von daher sind die Formen und Arbeitsweisen, die im Modellprogramm Psychiatrie erprobt werden sehr unterschiedlich in ihrer Struktur – eher klinikgestützt oder eher ambulant bzw. komplementär orientiert (vgl. z. B. BMJFG 1983) – und auch in der Psychiatrie in Holland zeigen sich neben dem allgemeinen Trend einer Institutionsverkleinerung sehr verschiedene Integrationsversuche der Betroffenen in den einzelnen Einrichtungen. Dies reicht vom Anmieten von Wohnhäusern durch die Klinik bis hin zur Betreuung in der eigenen Wohnung. Die konkrete Umsetzung oder Ausgestaltung einer Veränderung oder auch die Initiative für eine Reform ist also stark abhängig von wichtigen Umsetzern bzw. Repräsentanten im System. Mit anderen Worten: wenn die Psychiatriereform in der Bundesrepublik so zögernd gelingt, liegt dies nicht zuletzt an einer mangelnden Veränderungsbereitschaft bzw. Widerständen der Klinikdirektoren, wobei natürlich andere Gegebenheiten ebenfalls eine Rolle spielen – z. B. das Problem der Finanzierung ambulanter Aktivitäten.

In anderen europäischen Ländern ist ein Verzicht auf Reaktion bzw. ein erheblicher Abbau von Institutionen in den Bereichen Psychiatrie und Strafvollzug zu beobachten, was jedoch in noch größerem Maße erfolgen könnte:

- So ist eine Entkriminalisierung abweichender Handlungen wie z. B. die Abschaffung der Jugendstrafe möglich, d. h. gesellschaftlich durchsetzbar, wie in Dänemark geschehen. Zwar kommen immer wieder Jugendliche in den Strafvollzug, weil bei extremen Taten aus Sicherheitsgründen keine anderen Reaktionen möglich erscheinen (1982 befanden sich 30 Jugendliche unter 18 in Gefängnissen – Justitsministeriet 1983). Dennoch ist das Prinzip, bei Jugendlichen auf eine Bestrafung zu verzichten, den Strafvollzug zu vermeiden, eindeutig vorherrschend.
- Eine Entinstitutionalisierung der Reaktion auf Devianz ist ebenfalls möglich, wie z. B. die Psychiatrie-Reform in Italien zeigt (vgl. z. B. Simons 1981). Auch wenn sich eine Gegenbewegung formiert (Raith 1985) und bisher die Anstalten nicht vollständig aufgelöst sind, ist zumindest eine Neuaufnahme ins psychiatrische Krankenhaus nicht mehr möglich und auch für eine zwangsweise Behandlung sind die allgemeinen Krankenhäuser zuständig (vgl. Tranchina 1982).
- Die Einstellung der Bevölkerung ist änderbar bzw. anders in den einzelnen Ländern (z. B. in Holland), d. h. sicher auch anders geworden durch einen veränderten Umgang mit den Betroffenen. So

ist die relative Milde der Kriminalpolitik nicht zuletzt Ausdruck einer „strukturell bedingten Tradition der Toleranz“ (de Haan 1985, S. 248), jedoch auch mit der Reformentwicklung der 60er Jahre durch die Massenmedien und die Bemühungen von Strafrechtsreformern gefördert worden (vgl. Hulsman 1978) und besteht weiterhin, auch wenn z. Zt. eine Abkühlung des Klimas zu beobachten ist. Von daher muß sich die Frage stellen, warum nicht in der Bundesrepublik die Entwicklung einer größeren Toleranz gegenüber Abweichenden ebenfalls möglich sein sollte.

Durch veränderte Reaktionen ist allerdings eine soziale Kontrolle der Betroffenen nicht aufgehoben, hat sich jedoch entschieden verändert, indem nun die Gesellschaft verstärkt Kontrollfunktionen übernimmt, wie z. B. bei der Entinstitutionalisierung. So bedeutet diese nämlich nicht nur – wie häufig gesehen – die „Komplettierung des verfügbaren Kontrollarsenals“ (z. B. Herriger 1985a, S. 8) und die Errichtung von Legitimationsfunktionen für ein in Bedrängnis geratenes Strafsystem, sondern enthält vor allem Möglichkeiten der Rückgabe von Hilfe und Kontrolle an die Gemeinschaft. Dies meint Basaglia, wenn er als Zielsetzung der Arbeit von Professionellen vorschlägt, „die Umwelt außerhalb des professionellen Bereiches zu aktivieren: Das Stadtviertel, die Fabrik, die Familie; . . .“ (1982, S. 67). Mit Entkriminalisierung und Entinstitutionalisierung sind nämlich die Probleme der Betroffenen ebenso wenig wie ihre individuelle Problematik abgeschafft, allerdings stellen sie sich nun in der Realität und in anderer Form. „Während wir zuerst 1200 Patienten hatten, haben wir heute 350 000 Personen, deren Bedürfnisse wir notwendigerweise erfüllen müssen“ (S. 63), d. h. Strukturen und Prozesse der Gemeinschaft sind nun Gegenstand von Interventionen, mit denen die „natürlichen“ Hilfen erschlossen, die Bereitschaft zur Integration der Betroffenen gefördert werden soll, um ein Asyl in der Gemeinde zu vermeiden. Für die Arbeit mit strafrechtlich Auffälligen bedeutet dies neben einer Bereitstellung konkreter Hilfen (Vermittlung von Ausbildung, Wohnung und Einkommen) die „Schaffung“ sozialer Akzeptanz wie auch den Aufbau von Mediation-Programmen, z. B. im Sinne des Schiedmann-Verfahrens (gem. § 380 StPO) oder der „Neighbourhood Justice Centers“ (vgl. dazu Shonholtz 1983). Hierbei muß das Angebot von Hilfen den Versuch einer Entkriminalisierung nicht – wie immer wieder angenommen (zuletzt z. B. Herriger 1985g, S. 17) – ausschließen, ist eher eine Frage der professionellen Identität bzw. Moral (vgl. dazu Basaglia 1982, S. 68). Eine Reaktion auf Devianz ist häufig schon aufgrund der Problemlage der Betroffenen erforderlich, allerdings geht es darum, diese derart zu gestalten, daß die Hilfen im Vordergrund stehen. So ist z. B. eine Berufsausbildung in Freiheit wichtiger als eine mögliche Gefährdung der Bevölkerung. Grundsätzlich bedeutet dies, einen weitgehenden, wenn nicht vollständigen Abbau der Institutionen.

2. Exkurs: Soziale Kontrolle

Soziale Kontrolle wird in unseren Diskussionen leicht per se als Negativum betrachtet, wobei wir den Begriff wohl vor allem auf die Praktiken von Institutionen verkürzen. Soziale Kontrolle ist jedoch ein Element der Gesellschaft, das durchaus eine positive und wichtige Funktion im System hat, nämlich das Zusammenleben der Menschen (in der Familie, als Gemeinschaft) bzw. das Funktionieren der Gesellschaft (in Gruppen und in Organisationen) zu gewährleisten. Medien der sozialen Kontrolle wie Familie, Schule, Vereine, Gewerkschaften etc. sind für die Realisierung von Normen und Werten unerlässlich, soziale Kontrolle ist deshalb „ein zentraler Bestandteil aller Prozesse der sozialen Integration“ (König 1967, S. 280).

Allerdings ist soziale Kontrolle da problematisch, wo sie ihre Funktion übertreibt bzw. wo Kontrolle Abhängigkeit, Gängelei und Einschränkung der Möglichkeiten der Betroffenen bedeutet. Dies gilt für die totalen Institutionen Strafanstalt und psychiatrisches Krankenhaus (vgl. dazu vor allem die Analysen von Goffman 1973 und Foucault 1969 und 1976), in denen eine Pervertierung der ursprünglichen Funktion – Stütze im Prozeß des Gemeinschaftslebens zu sein – festzustellen ist.

Daraus läßt sich folgern, daß soziale Kontrolle für das Zusammenleben von Menschen in der Gesellschaft notwendig ist, von daher auch Anpassungsprozesse erforderlich bzw. zu fordern sind. Jedoch muß ihrer Entartung und Ausweitung in sozialen Institutionen oder auch ambulanten Alternativen entgegengewirkt werden, indem Kontrollfunktionen im Sinne eines normalen Miteinanderumgehens – auch im Sinne einer Enttherapeutisierung – zurückgenommen bzw. an die Gesellschaft zurückgegeben werden.

3. Möglichkeiten und Grenzen einer angemesseneren Reaktion auf Devianz

Im folgenden sollen aus einer Praxisbetrachtung, die Besuche von Institutionen und alternativen Projekten der Psychiatrie und des Strafvollzuges in Holland, Dänemark und der Bundesrepublik enthielt, einerseits Schlußfolgerungen gezogen und andererseits mögliche Beispiele für eine veränderte Reaktion aufgezeigt werden.¹ Die Gefahren der Konstruktion positiver Alternativen – sich „von der wirklichen Entwicklung eines Besseren belehren lassen zu müssen“ (Scheerer 1984, S. 100) sowie lediglich integratives Element des bisherigen Kontrollsystems zu werden – sehend, erfolgt dieser Versuch dennoch, um einer unangemessenen Reaktionsweise (z. B. Therapeutisierung der Probleme) mit alternativen „Rezepten“ begegnen zu können und auch in der aktuellen Situation die Betroffenen in ihrem Kampf für einen fairen Umgang mit ihren Problemen zu unterstützen.

a) Entstigmatisierung der Betroffenen

Ein Versuch der Entstigmatisierung der Betroffenen ist mit folgenden Mitteln denkbar:

- Durch Umdefinition (statt „psychisch Kranker, Irrer“ nun „Problembelasteter“, statt „Krimineller“ nun „Sozial-Benachteiligter, Unzufriedener“).
- Durch veränderte Reaktion auf Devianz (statt Inhaftierung und Isolierung nun ambulante oder teilstationäre Betreuung – Tageszentrum, offene Anstalt –, weiteres Mitleben in der Gemeinschaft, Erfahrungen der anderen mit dem Phänomen „psychisch krank“ und „kriminell“).
- Durch Aufklärung der Bevölkerung und Aufhebung der Zerrbilder in den Massenmedien, auch wenn hier aufgrund der Sensationsfixierung lediglich geringe Erfolge zu erwarten sind.

Grundsätzlich ist anzunehmen, daß eine Stigmatisierung der Betroffenen nur schwer bzw. nicht vollständig aufzulösen sein wird, denn sie scheint für die Gesellschaft funktionell (vgl. z.B. Szasz 1974; Hartmann 1975; Hohmeier 1973). Eher müßte es deshalb darum gehen, das Stigma in der jetzigen Form zu beseitigen und d.h. mit einem neuen Inhalt anzufüllen. Dabei wird ein Abbau der bestehenden Vorurteile am ehesten über konkrete Erfahrungen mit den Betroffenen und das bedeutet aufgrund einer veränderten Reaktion auf Devianz möglich sein.

Ein Beispiel für eine geänderte Reaktion in diesem Sinne könnte der Strafvollzug in Dänemark sein, der – vor allem in Folge der Strafrechtsreform von 1973 – überwiegend in offenen Anstalten durchgeführt wird (vgl. Andersen 1980). Allein diese Veränderung, die auch verstärkte Kontakte zur Bevölkerung bedeutet, vermittelt den Bürgern ein anderes Bild von den Betroffenen, die nicht mehr hinter Gittern sind, im Gegenteil zur Arbeit oder Ausbildung die Anstalt verlassen. Ein Beispiel für eine gelungene Form der Aufklärung der Bevölkerung könnte das Vorgehen der psychiatrischen Klinik in Drennoord (Holland) sein. Hier wird eine Journalistin, die hauptamtlich für eine Tageszeitung tätig ist, nebenamtlich für etwa 10 Std. in der Klinik beschäftigt, um einerseits eine objektivere Berichterstattung über Klinik und Patienten zu erreichen, andererseits um damit Wege in die Öffentlichkeit zu finden, die einen „normalen“ Charakter haben.

b) Sozialpolitik statt Therapie/individuelle Hilfe²

Die Zielrichtung der Interventionen müßte sich verändern in einer Weise, die sich auf die Lebensumstände bzw. Existenzmöglichkeiten der Betroffenen bezieht. Dazu gehört vor allem:

- Statt therapeutischer Einflußnahme nun Bereitstellung von realen Hilfen (Beschaffung von normalem Wohnraum, Beratung bei der Durchsetzung sozialer Ansprüche, Vermittlung von Arbeit unter normalen Bedingungen).
- Vermeidung einer Ausgrenzung durch konkrete Unterstützung vor Ort (Konfliktregelung mit Angehörigen, Nachbarn, Arbeitskollegen, -gebern, etc.).
- Einmischung in die örtliche Kommunalpolitik – Schaffung humanerer

Bedingungen in der Lebensumwelt der Betroffenen (z.B. Wohnungsbau, Verteilung des Sozialfonds, Maßnahmen der Arbeitsbeschaffung, Struktur der öffentlichen Einrichtungen und Leistungen).

– Forderung bzw. Unterstützung einer Sozialpolitik, die Absicherung der sozialen Rechte der Betroffenen bedeutet (Anspruch auf Wohnung, Arbeit und ein Mindesteinkommen, das eine „normale“ Existenz sichert – vgl. Opielka 1985).

In der Praxis lassen sich Beispiele für derartige Interventionsformen nur für die Bereitstellung von realen Hilfen und den Versuch, eine Ausgrenzung der Betroffenen zu vermeiden, anführen. Hierzu gehört z.B. das Vesterbro-Projekt in Kopenhagen, mit dem in ambulanter Weise versucht wird, Ex-Patienten und inzwischen auch andere Ratsuchende durch Hilfen in ihrem Lebensbereich vor einer Wiederaufnahme/Aufnahme in die Institution zu bewahren. Nach dem Verständnis der Mitarbeiter ist dabei die materielle Situation der Betroffenen von zentraler Bedeutung, weshalb sie sich nicht zuletzt um die Durchsetzung bzw. Regelung sozialer Ansprüche des einzelnen kümmern. Zumindest im Ansatz ähnlich arbeiten auch die sozialpsychiatrischen Dienste in Holland und in der Bundesrepublik die ambulanten Einrichtungen in den Modellregionen Mönchengladbach und Bremen. Gleichwohl muß angemerkt werden, daß die Ebenen einer Einmischung in die örtliche Kommunalpolitik bzw. die Forderung einer die Existenz gewährleistenden Sozialpolitik bisher wohl nur über die üblichen Institutionskontakte, oder genauer gesagt, gar nicht Gegenstand des professionellen Handels werden, wodurch der sozialpolitische Aspekt der Problematik der Betroffenen nur mittelbar berührt wird.

Es ist keine Frage, daß solch eine Umstellung der Arbeitsweise auf den Widerstand vieler Professioneller stößt, die lieber ihre „therapeutischen“ Einzel- und Gruppengespräche pflegen als sich mit den sozialen Problemen der Betroffenen auseinanderzusetzen und daß die Gefahr einer „Umdeutung soziale(r) Notlagen in therapiebedürftige und ‚therapiefähige‘ Fälle (besteht)“ (v. Kardorff 1982, S. 6). Auf der anderen ist kaum anzuzweifeln, daß eine Reduzierung der Probleme der Betroffenen auf „bloße“ Sozialpolitik nicht ausreichend sein kann, weil sie die – wenn auch strukturell bedingte – individuelle Notlage übersieht.

c) Gemeindeorientierte Hilfen statt institutioneller Einschließung und Verwahrung

Eine Institutionalisierung in Form von Inhaftierung bzw. Aufnahme in das psychiatrische Krankenhaus sollte nur noch erfolgen können, wenn andere Möglichkeiten der Reaktion nicht bestehen, ambulante Reaktionen bzw. „Non-intervention“ aufgrund zu großer Gefährdung der Gemeinschaft nicht vertretbar sind. Dies bedeutet zugleich, daß institutionelle Unterbringung nur in diesen Fällen noch zu rechtfertigen ist. Für den Bereich der Psychiatrie ließe sich dazu etwa die folgende Struktur realisieren:

– Ein Psychiatrisches Behandlungszentrum, das mit regionaler Zuständigkeit über eine Krisenabteilung für die kurzzeitige Aufnahme von Patienten, Möglichkeiten der Tagesbehandlung, ambulante Dienste wie Wohngemeinschaften in der Stadt verfügt.

– Eine berufliche Rehabilitation bzw. Reintegration, die als Elemente enthält:

– kleine realitätsorientierte Werkstätten

– „geschützte“ Arbeitsplätze in normalen Betrieben

– die Nutzung öffentlicher Berufsbildungsinstitutionen

– eine Beschäftigungspflicht für öffentliche und private Unternehmen

– die Nutzung von Einrichtungen der alternativen Struktur. Hiermit sind z. B. Wohnkollektive, Betriebe und Beratungsdienste gemeint, die durch Selbstorganisation von Betroffenen bzw. freien Initiativen entstanden sind, wobei die Schaffung solcher Einrichtungen verstärkt gefördert werden soll.

Als Beispiele aus der Praxis können für das Behandlungszentrum die Formen der italienischen Psychiatrie (vgl. Scharf/Fiorio 1983; Bennett 1983) bzw. die holländischen Notfallstationen – m. E. auch die psychiatrische Klinik in Mönchengladbach – als Modell dienen, die die potentiellen Patienten an ambulante Dienste verweisen oder lediglich eine teilstationäre Aufnahme (Tagesbetreuung) zulassen, d. h. die Ratsuchenden nach Möglichkeit nicht aus ihrem gewohnten Lebensrahmen nehmen. In bezug auf eine berufliche Reintegration wird in Aarhus in Dänemark versucht, über die Qualifikation der Betroffenen hinaus den Betrieben eine Arbeitsgarantie insofern anzubieten, als bei einem Ausfall des Betroffenen ein Mitarbeiter der Einrichtung die Arbeit im Betrieb übernimmt. In Hannover haben Psychiatrie-Patienten die Möglichkeit, realistische, d. h. in der Realität auch vorhandene Arbeiten bei leistungsgerechter Entlohnung auszuführen, was eine unmittelbare Vorbereitung für eine Beschäftigung in normalen Unternehmen bedeuten kann (vgl. Haselbeck/Niederstadt 1982). Allerdings ist für die berufliche Reintegration eine Beschäftigungspflicht von psychisch Kranken bisher nicht gegeben, auch sind „geschützte“ Arbeitsplätze in Betrieben nicht vorhanden, so daß die Förderung der beruflichen Rehabilitation sehr häufig sinnlos bleibt, weil eine Integration am Arbeitsmarkt – vor allem in Zeiten ökonomischer Krise – nicht gelingt. Die Nutzung von Einrichtungen der alternativen Struktur erfolgt eher zögernd, auch wenn an vielen Orten auf private Initiativen von Vereinen (Wohnheime, Wohngemeinschaften) zurückgegriffen wird, eine systematische bzw. abgestimmte Ergänzung besteht jedoch nicht.

Für den Bereich des Strafvollzuges könnte in etwa die folgende Struktur entstehen:

– Eine Vermeidung und Reduzierung von Inhaftierungen, indem

– Straftatbestände (insbesondere „leichtere“ Kriminalität) entkriminalisiert werden. Hierbei ist vor allem auch an eine Abschaffung der Bestrafung von Jugendlichen zu denken³.

– ambulante Alternativen zum Strafvollzug gefördert werden;

– kürzere Freiheitsstrafen verhängt werden.

Dadurch wäre vermutlich eine Begrenzung der Betroffenen auf einen Bruchteil der heutigen Population – etwa auf ein Drittel oder weniger – möglich.

- Ausweitung des offenen Vollzuges als Regelform in kleinen, wenig gesicherten Einrichtungen mit:

- Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten außerhalb,
- Betonung der Selbstverantwortlichkeit im Alltag und bei vollzuglichen Maßnahmen,

- einer Öffnung der Anstalt,

bzw. ambulante Arbeit auch mit verurteilten Straftätern (z.B. über Beratungsstellen, die Wohnungsmöglichkeiten und Schul- und Ausbildungsangebote vermitteln und betreuen). Auf diese Weise ist eine weitestgehende Auflösung der geschlossenen Anstalten bzw. eine Reduzierung dieser Betroffenen auf eine kleine Gruppe von stark gewalttätigen und die Gesellschaft besonders gefährdenden Straftäter zu erreichen.

- Berufliche Reintegration (s.o.).

- Nutzung alternativer Einrichtungen (s.o.).

In der Praxis zeigen sich Beispiele für die Vermeidung bzw. Reduzierung von Inhaftierungen einmal in der Abschaffung der Jugendstrafe in Dänemark und in kurzen Strafen, wie es in Holland praktiziert wird (70% der verbüßten Strafen waren 1980 kürzer als 1 Jahr – ndl. Ministerium der Justiz 1983; in der Bundesrepublik waren dies 1980 nur 46% – vgl. Dünkel/Rosner 1982, S. 394). Dies gilt auch für das holl. Dienstverlening, den Ersatz von Freiheitsstrafen von bis zu 6 Monaten durch gemeinnützige Arbeit. Eine veränderte Reaktion wird zudem in Dänemark und Holland im Überwiegen des offenen bzw. halboffenen Vollzuges deutlich, in der Bundesrepublik macht dieser nur 12,6% der Kapazität aus (S. 43). Dabei dürfte für die Form des offenen Vollzuges in der Bundesrepublik ein Modell vorhanden sein, nämlich in den Übergangshäusern in NRW, von denen es bisher allerdings nur 3 mit einer Kapazität von etwa 90 Plätzen gibt. Eine berufliche Reintegration könnte in den offenen Anstalten im Rahmen des Freiganges erfolgen, wobei eine tarifliche Entlohnung der Arbeit die Regel sein müßte. Da eine Arbeitsplatzgarantie für die Zeit nach der Entlassung nicht besteht bzw. die Beschäftigung mit der Entlassung häufig endet, bleibt auch hier das Problem einer Integration bzw. Reintegration am Arbeitsmarkt.

Sicher besteht mit solch einer gemeindeorientierten Struktur und einer ambulanten Arbeitsweise die Gefahr, daß das Kontroll- bzw. Hilfenetz des Systems ausgeweitet wird. Dies zeigen Entwicklungen in der Gemeindepsychiatrie, mit der die Patientenzahlen sich drastisch erhöhten (vgl. z. B. Häfner u.a. 1983) und auch Versuche der Entinstitutionalisierung von Straftätern in den USA (vgl. Schweppe 1984). Unterschiede zwischen den Bereichen gibt es dabei insofern, als in der Psychiatrie ein Ersatz der stationären durch ambulante Reaktionsformen eher gelang, zum Teil eine deutliche Reduktion der Patientenzahlen bzw. eine Leerung oder Auflösung von Institutionen

erreicht wurde (z. B. in England, in den Niederlanden und insbesondere in Italien). Dagegen scheinen im Strafvollzug die ambulanten Maßnahmen den bisherigen stationären eher hinzugefügt zu werden, so daß in den USA – abgesehen von einigen Staaten (vor allem Massachusetts, aber auch South Dakota, Minnesota und Utah), in denen sich der überwiegende Teil der Verurteilten in ambulanten Programmen befindet (vgl. Schweppe 1984, S. 65) – insgesamt kaum eine oder keine Reduktion der Institutionen eingetreten ist. Relativ unklar sind bisher jedoch die Ursachen sowohl für das Ansteigen der Betroffenenzahlen wie auch für die unterschiedliche Umsetzung der Entinstitutionalisierung geblieben. So sei hier nur angefügt, daß die Bestrebungen der Abschaffung der Jugendgefängnisse in den Vereinigten Staaten in eine Ziel fiel, in der im Zeichen der neo-konservativen Wende andererseits eine verschärfte Sanktionierung von Rechtsverletzungen eintrat, die Umstellung der Psychiatrie von einer Institution mit Zwangseinweisung zu einer Beratungsstelle mit freiwilliger Kontaktaufnahme einen Bedarf an Unterstützung offenlegte, der vorher verdeckt war. Von daher bleibt wohl auch die Frage, ob die „Schaffung eines neuen Klientels“ (v. Kardorff 1982) vor allem durch die therapeutische Orientierung, das Interesse der Professionalisierten an einer Ausweitung ihrer „Absatzmärkte“ bedingt ist (vgl. Herriger 1985b, S. 70) oder hier eine „Marktlücke“ lediglich dankbar aufgegriffen wird und andere Momente ursächlich verantwortlich sind.

Auf der anderen Seite bestehen – wie oben bereits erwähnt – kaum Zweifel, daß therapeutische Programme psychologischer Struktur kein adäquates Mittel sein können, um auf die strukturell bedingten, vor allem materiellen Probleme der Betroffenen einzuwirken (dazu auch Herriger 1985b, S. 63), daß durch Therapeutisierung eine Pathologisierung und „Klientifizierung“ der Betroffenen vorgenommen wird (vgl. Feltes 1984, S. 542). Auch besteht mit solch einer therapeutischen Strategie die Gefahr, die Lebenswelt der Betroffenen zu „kolonisieren“, damit „staatliche Ordnungsfunktionen in immer neue Bereiche des Alltags (zu tragen)“ (Herriger 1985b, S. 67). Gleichwohl scheint es in einer gemeindenahen Struktur auch möglich, „außerhalb der therapeutischen Technik“ eine Strategie zu entwickeln und „gemeinsam mit dem Kranken zu verstehen, welche soziale Bedeutung in ihrem Leiden liegt . . .“ (Basaglia 1982, S. 63), die Umwelt des Betroffenen für die Problemlösung zu aktivieren und eine Therapeutisierung der Probleme und der Betroffenen zu vermeiden.

d) Selbsthilfe und Laienhilfe statt professioneller Bevormundung
Hinsichtlich einer Unterstützung der Betroffenen sollten Selbsthilfe und Laienhilfe im Vordergrund stehen. Dies wird jedoch infolge der jetzigen Übermacht professioneller Intervention (dazu z.B. McKnight 1979) nur durch ein Zurückdrängen bzw. eine Zurück-

nahme und Neuorientierung professioneller Kompetenz möglich sein (vgl. z.B. Mielenz 1981; Thebrath 1983). Solch ein Vorgehen bedeutet nämlich für professionelles Handeln:

- Eine Räumung von Arbeitsfeldern bzw. Betreuungsansprüchen, wobei dann eine Konzentration der Aktivität eher auf die indirekte Arbeit mit den Betroffenen stattfinden könnte. Damit würde sich professionelles Handeln auf die Organisation und Förderung von Selbsthilfe und Laienhilfe richten sowie eine Mobilisierung alternativer Hilfsangebote versuchen.
- Die Auflösung des therapeutischen Modells, wobei Hilfen für die Betroffenen nun eingebunden sind in konkrete Probleme und eine Unterstützung der Betroffenen vor Ort bzw. in der näheren sozialen Umwelt bedeuten.
- Eine Erweiterung der Kompetenz bzw. das Erlernen neuer Fähigkeiten für die Professionellen, wobei Strategien für eine Integration der Öffentlichkeit in die Arbeit mit den Betroffenen sowie für eine Einflußnahme auf die kommunale Politik von besonderer Bedeutung sein dürften.

In der Praxis lassen sich gelungene Beispiele einer Kooperation von Selbsthilfe, Laienhilfe und Professionellen nicht finden, eher wird eine Konkurrenz ausgemacht, werden die Bastionen vermeintlicher professioneller Kompetenz (z. B. Einzeltherapie) verteidigt. Allerdings sind Ansätze einer sinnvollen Förderung zur Selbsthilfe – selbst im geschlossenen Bereich des Strafvollzuges – erkennbar. Als Beispiele können hier die v.d. Hoeven-Kliniek in Utrecht (Holland) und das Staatsgefängnis in Ringe (Dänemark) gelten (vgl. v.d. Bergh u.a. 1983; Driebold/Katoh 1983), in denen von den Insassen ein hohes Maß an Selbständigkeit gefordert wird (z. B. Selbstversorgung) und auch Selbstverantwortung bzw. Mitverantwortung bei Entscheidungen erprobt werden kann. Laienhilfe ist dann interessant, wenn sie wie z.B. in der psychiatrischen Klinik in Dennenoord (Holland) konkrete Entlastung bzw. Ergänzung der professionellen Arbeit bedeutet, wie dies dort durch die Organisation des Freizeitentrums der Einrichtung, das im wesentlichen von Laienhelfern und Patienten getragen wird, geschieht. Möglichkeiten einer Hilfe vor Ort wurden bereits oben beschrieben.

Das größte Problem für eine Realisierung von Selbsthilfe und Laienhilfe – was gleichbedeutend ist mit einer Rückgabe der Probleme an die Betroffenen – ist wohl, einen Gegenpol bzw. eine Rücknahme oder Veränderung der sich immer mehr spezialisierenden und ausweitenden Professionen zu erreichen, denn „deren Interessen, Fehden, Kompromisse und Rechtfertigungsstrategien bilden heute den eigentlichen Motor zunehmender (?) Sozialkontrolle“ (Quensel 1984, S. 215). Hier ein verändertes Verständnis, eine neue Orientierung im oben skizzierten Sinne zu bewirken, dürfte nur gegen Interessensgruppen sowie über veränderte Ausbildungsinhalte und Berufsbilder umsetzbar sein. Damit ist vor allem die Entwicklung einer sozialstrukturellen Betrachtungs- und Interventionsweise für die Problembearbeitung gemeint.

4. Fazit

Die aufgezeigten Perspektiven und Ansätze einer Praxisänderung lassen in bezug auf den Umgang mit Abweichenden erkennen:

1. Möglichkeiten der Vermeidung einer Reaktion auf Devianz wie auch eine weitgehende Abschaffung der Institutionen bzw. der geschlossenen Einrichtungen scheinen vorhanden⁴. Allerdings zeigt die Praxis auch, daß mit einer veränderten Reaktion die Gefahr einer Therapeutisierung der Gemeinde bzw. der Lebenswelt der Betroffenen verbunden ist.

2. Hilfreich für die Betroffenen dürften vor allem eine konkrete Unterstützung vor Ort – insbesondere als Verhinderung der Ausgrenzung – bzw. sozialpolitische Maßnahmen sein. Hier ergeben sich jedoch Probleme der Durchsetzung solcher Vorgehensweisen bei den Professionellen. Auch eine weitergehende Selbsthilfe und eine verstärkte Laienhilfe werden von professionellen Mitarbeitern eher gefürchtet als befürwortet, so daß hier ebenfalls Widerstand zu erwarten ist.

3. Die Bevölkerung wird bei einer schrittweisen Veränderung der Reaktion auf Devianz die Reintegration der Betroffenen hinnehmen – wenn auch nicht oder kaum unterstützen, so daß schon deshalb Hilfen für die Betroffenen notwendig werden, nicht zuletzt um ihre Ghettoisierung – sozusagen die Wiedererrichtung der totalen Institution in der Gemeinde – zu vermeiden. Eine Überwindung der Stigmatisierung wird letzten Endes erst über ein unauffälliges Leben der Betroffenen, durch die Überzeugung der anderen von der Überflüssigkeit des Stigmas, gelingen.

Auch wenn der Ausgang solch einer Entwicklung ungewiß erscheint, gibt es doch Strategien, eine Kontrollausweitung und die Pathologisierung der Betroffenen zu verhindern und sozialstrukturelle Interventionen in professioneller Orientierung zu implementieren, muß eine veränderte Reaktion nicht lediglich ein Umstellen von „Kontrolle auf funktionale Äquivalente (bedeuten)“ (Schumann 1985, S. 23). Eine schrittweise Abschaffung der totalen Systeme Psychiatrie und Strafvollzug, „auf die weiter repressionsmindernde Transformation des Systems hinarbeiten“ (Scheerer 1984, S. 8) scheint auch im System bzw. mit dem System – vermutlich nur über das System – erreichbar, allerdings wird dazu die Konfrontation und Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Tendenzen der Ausgrenzung und professioneller Ideologie der Individualisierung/Therapeutisierung unumgänglich sein.

Sicher ein schwieriger, nur gegen Widerstände beschreitbarer Weg, jedoch könnte ein erster Schritt sein, Maßnahmen so zu gestalten, daß sie eher Hilfe als Kontrolle bewirken und die soziale Situation der Betroffenen verbessern. Prinzipien dabei müßten sein: nach Möglichkeit, Verzicht auf eine Sanktion bzw. Reaktion; wenn eine

Reaktion, dann Vermeidung der Institution; wenn Hilfen, dann als Angebote in Form realer Unterstützung. Solch ein Vorgehen würde quasi automatisch den Abbau bisheriger Kontrolle bzw. die Rückgabe von Verantwortung an die Gesellschaft bedeuten. Allerdings dürfte dies vorerst seine Grenze in einem gesellschaftlichen Klima finden, in dem konservative Ideologien eine Erhöhung des Sanktionsdrucks und eine Verbreiterung der Reaktionspalette befürchten lassen, auch wenn es gerade dagegen anzutreten gilt.

Anmerkungen

(1) Die dabei skizzierten Auslandsmodelle müssen natürlich im kulturellen und sozialen Kontext der jeweiligen Gesellschaft gesehen werden. Gleichwohl können sie als Leitlinie für eigene Bemühungen dienen, wenn die strukturellen Bedingungen der veränderten Praxis ebenfalls mitbedacht bzw. zum Gegenstand von Änderungsversuchen werden.

(2) Sicher ist damit nicht unbedingt ein neuer Weg bezeichnet, allerdings zeigt sich in letzter Zeit, daß die Praktiker immer häufiger vor der Frage nach der adäquaten, d. h. den Problemen entsprechenden Intervention stehen.

(3) Diese Forderung wurde bereits mehrfach erhoben (so auch vom AJK im KrimJ 1982, S. 92f.), bisher ist dies jedoch nicht im Rahmen einer umfassenden Strategie der Reaktionsveränderung geschehen, was ihre Durchsetzung einsichtiger machen dürfte.

(4) Dabei ist weniger an die aktuelle Situation einer Zuspitzung gesellschaftlicher Problemlagen und einer Verhärtung der Reaktionen gedacht, eher geht es um den Vergleich mit Problemlösungen an anderer Stelle, um die Frage, warum eine Übertragung nicht dennoch angestrebt werden sollte. Zudem zeigt sich in der Bundesrepublik ein Trend zu ambulanten Maßnahmen, der – wenn auch unter der Bedingung des Institutionsabbaus – zu unterstützen wäre.

Literatur

ANDERSEN, E., Erfahrungen mit dem dänischen Strafvollzug, in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 1980, S. 228–233

BASAGLIA, F., Diskurs über die „Demokratische Psychiatrie“ in Italien, in: GAERTNER, A. (Hrsg.), Sozialtherapie, Neuwied 1982, S. 58–71

BENNETT, D.H., Neue Formen der psychiatrischen Betreuung in Triest, in: SIEDOW, H. (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie, Bd. 3, München 1983, S. 54–72

V.D. BERGH, W./COURTH-V.D. PLAATS, L./NIEMANDSVERDRIET, J., Die Behandlung psychisch gestörter Straftäter in der van der Hoeven Klinik in Utrecht, in: DRIEBOLD, R. (Hrsg.), Strafvollzug. Erfahrungen, Modelle, Alternativen, Göttingen 1983, S. 153–166

BMJFG (Bundesministerium für Familie, Jugend und Gesundheit), Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung: Gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund, Bonn 1983

DRIEBOLD, R./KATOH, H., Das Staatsgefängnis in Ringe – Tendenzen des Strafvollzuges in Dänemark. In: DRIEBOLD, R. (Hrsg.), Strafvollzug, Göttingen 1983, S. 144–152

DÜNKEL, F./ROSNER, A., Die Entwicklung des Strafvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970, Freiburg 1982

FELTES, T., Kriminalisierung und Entkriminalisierung durch Sozialarbeit, in: Zeitschrift für Jugendrecht, 1984, S. 537–543

FOUCAULT, M., Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt 1969

FOUCAULT, M., Überwachen und Strafen, Frankfurt 1976

GOFFMAN, E., Asyle, Frankfurt 1973

DE HAAN, W., Die Politik mit dem „schlechten Gewissen“, in: Kriminologisches Journal, 1985, S. 246–266

HÄFNER, H./GEBHARDT, H., Brauchen wir noch Betten für psychisch Kranke bei hinreichender Vor- und Nachsorge?, in: SIEDOW, H. (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie, Bd. 3, München 1983, S. 73–109

HAFERKAMP, H., Herrschaftsverlust und Sanktionsverzicht, in: Kriminologisches Journal 1984, S. 112–131

HARTMANN, K.D. (Hg.), Vorurteile, Ängste, Aggressionen, Frankfurt 1975

HASELBECK, H./NIEDERSTADT, A., Die überschaubare und dezentrale Werkstatt für psychisch Kranke und Behinderte im Sektor, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1982, S. 67–74

HERRIGER, N., Auf dem Weg zu einer „Politik der Entkriminalisierung“? In: BRUSTEN, M. u.a. (Hrsg.), Entkriminalisierung, Opladen 1985a, S. 1–34

HERRIGER, N., Familienintervention und soziale Kontrolle – Strategien der Kolonisierung von Lebenswelten, in: BRUSTEN, M. u.a. (Hrsg.), Entkriminalisierung, Opladen 1985b, S. 53–73

HOHMEIER, J., Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß, in: BRUSTEN, M./HOHMEIER, J. (Hrsg.), Stigmatisierung 1, Darmstadt 1973, S. 5–28

HULSMAN, L., The relative Mildness of Dutch Criminal Justice System, in: FOKKEMA, D.C./CHORUS, W./HONDIUS, E.H., Introduction to Dutch Law for Foreign Lawyers, Deventer 1978

JUSTITISMINISTERIET DENMARK, Kriminalforsorgen 1982, Kopenhagen 1983

V. KARDORFF, E., Die Strategie der Therapeutisierung – Zum veränderten Handlungstyp in der Sozialarbeit, in: Neue Praxis 1982, S. 1–11

KÖNIG, R., Fischer-Lexikon: Soziologie, Frankfurt 1967

MCKNIGHT, J., Professionelle Dienstleistung und entmündigende Hilfe, in: ILLICH, I. u.a., Entmündigung durch Experten, Reinbek 1979, S. 37–56

MIELENZ, I., Die Strategie der Einmischung – Soziale Arbeit zwischen Selbsthilfe und kommunaler Politik, in: MÜLLER, S./OLK, T./OTTO, H.-U., (Hrsg.), Sozialarbeit als soziale Kommunalpolitik, Neue Praxis, Sonderheft 6, 1981, S. 57–66

N.D.L. MINISTERIUM DER JUSTIZ, Justiele Verkenningen, Den Haag 1984

OPIELKA, M., Jenseits von Armut und Kapitalismus, in: Widersprüche, Heft 14, S. 55–60

QUENSEL, S., Kriminologische Forschung: Für wen? Oder: Grenzen einer rationalen Kriminalpolitik, in: Kriminologisches Journal 1984, S. 200–217

RAITH, W./RAITH, X., Zurück in geschlossene Anstalten?, in: sozial extra, 6, 1985, S. 31–32

SCHARF, U./FIORIO, R., Gemeindepsychiatrie in Italien: das Beispiel des Psychiatrischen Dienstes in Süd-Verona, in: Neue Praxis 1983, S. 226–234

SCHEERER, S., Die abolitionistische Perspektive, in: Kriminologisches Journal 1984, S. 90–111

SCHUMANN, K.-F., Labeling approach und Abolitionismus, in: Kriminologisches Journal 1985, S. 19–27

SCHWEPPE, C., Es geht auch ohne Jugendgefängnisse, Weinheim 1984

SHONHOLTZ, R., The work, structure and ethics of a neighborhood justice system, int. Papier, San Francisco 1983

SIMONS, T., Absage an die Anstalt, Frankfurt 1981
SZASZ, T.S., Die Fabrikation des Wahnsinns, Olten 1974
THEBRATH, J., Was Laienhelfer für psychisch Kranke und seelisch Behinderte tun können, in: FLIEGEL, S./RÖHRLE, B./STARK, W. (Hrsg.), Gemeindepsychologische Perspektiven 2, München 1983, S. 140–145
TRANCHINA, P., Der Tod des Irrenhauses und erste Erfahrungen mit seiner Abschaffung, in: GAERTNER, A. (Hrsg.), Sozialtherapie, Neuwied 1982, S. 72–86

März 1986
Binsenstr. 29, 2900 Oldenburg