

Rez. BEYER, Anstalt Klingenmünster

BEYER, Christof, Von der Kreis-Irrenanstalt zum Pfalzklitorium. Eine Geschichte der Psychiatrie in Klingenmünster, Kaiserslautern 2009.

„Kreis-Irrenanstalt“ (1857), „Heil- und Pflegeanstalt“ (1910), „Nervenklinik Landeck“ (1953), „Pfalzlinik Landeck“ (1974) – vier verschiedene Namen für die im Grunde ein und dieselbe Institution: Christof BEYER sieht dies als Indiz für den immanenten Widerspruch im Bereich der psychiatrischen Anstalten von „Heilen“ und „Verwahren“ (7f., 9). Dem Autor geht es in der vorliegenden Untersuchung um die Aufhellung dieser Ambivalenz am Beispiel der Geschichte der Psychiatrie in Klingenmünster: Ob es sich um die Mitte des XIX. Jahrhunderts einsetzende „Reformpsychiatrie“, um die in der Weimarer Zeit praktizierte „Ordnungspsychiatrie“, um die im Nationalsozialismus im Sinne einer Aufrechterhaltung der „Volksgemeinschaft“ planmäßig in Gang gesetzte Liquidierung der „Erb- und Geisteskranken“ oder um das Verlangen nach einer Humanisierung der Verhältnisse in den psychiatrischen Anstalten im Umkreis um die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestags von 1975 handelte – überall war dieser Grundkonflikt von „Heilen“ und „Verwahren“ lokalisierbar. Dabei spielte auch immer in der therapeutischen Praxis das prekäre Verhältnis von „Heilbaren“ und „Unheilbaren“ als Problemfall mit hinein. Dies leitete sich nicht nur aus ökonomischen oder administrativen Zwängen her, sondern wurde auch unter fachwissenschaftlichen Gesichtspunkten als komplexes kritisches Phänomen wahrgenommen. Denn die Gruppe der chronisch Kranken wurde in der Zunft der Psychiater als Hemmschuh für die Fortentwicklung professioneller Therapiemethoden erblickt (12). Der Autor führt dazu aus, daß dies Problem bis auf den heutigen Tag an Aktualität nichts eingebüßt habe, und er zitiert den Vorschlag des bekannten Psychiaters und Fachhistoriker Klaus DÖRNER aus den 1980er Jahren, empirisch zu überprüfen, inwieweit die Akutkranken gegenüber den Langzeitkranken in der Behandlung bevorzugt würden (13). Von daher

ergibt sich für den Autor die Aufgabe in kulturwissenschaftlicher Manier das, was als „Normalität“ gilt, auf die entsprechenden „Abgrenzungsmechanismen der Anstaltsversorgung“ in der Institution Psychiatrie zu beziehen. Ihn interessiert vor allem die Darstellung des Konfliktfeldes von „Erkenntnisgewinnung und Interventionsfeld“ und der Vorstellung einer gefängnisartigen Internierungs- und Resozialisierungsanstalt (14f.). Wie diese beiden Prinzipien unter sich wandelnden ökonomischen, politischen, administrativen und kognitiv-mentalitätsbezogenen Voraussetzungen und Bedingtheiten in Kollision gerieten, ist am Einzelfall von Klingenstein Gegenstand von BEYERS Studie. Schon aus dem Namen „Heil- und Pflegeanstalt“ läßt sich ablesen, daß diese „Dialektik ... stets im Spannungsfeld von sozialpolitisch determinierten Rahmenbedingungen und einem Selbstverständnis der Psychiatrie (standen), die ihre Legitimation und ‚Modernität‘ über Heilungserfolge definierte.“ (16). Es läßt sich durchaus belegen – durch Rezeption der einschlägigen Literatur und die Präsentation einer unermesslich großen Zahl noch unausgewerteter Quellenfunde (zumeist aus dem Landesarchiv Speyer sowie aus dem Archiv der Pfalzlinik Landeck selbst) -, daß sich in den Augen der Psychiater die Umsorgung der Langzeitpatienten in ihren Anstalten sich am Maßstab der Akuterkranken, die geheilt wieder entlassen werden konnten, zu orientieren hatten. So blieb es nicht aus, daß die als „unheilbar“ klassifizierten chronisch Kranken als im Grunde „Hilfsbedürftige minderen Ranges“ abgestempelt wurden (18). In der neueren Psychiatriegeschichtsschreibung, insofern diese nicht die fachwissenschaftlichen Kontroversen innerhalb der Psychiatrie in den Blick genommen hat, sondern sich auf die Realität des psychiatrischen Anstaltswesen konzentrierte, basiert das leitende Erkenntnisinteresse weiterhin auf der dominanten Figur des Arztes, seinen kultivierten professionellen Paradigmen, seinen Einschätzungen, Beurteilungen und Vorgehensweisen. Der Autor hat aber zusätzlich Quellen herangezogen, „die einen alternativen Blickwinkel auf das Handeln der Anstaltspsychiater bieten“ (25): z. B. Reaktionen der Administration auf angezeigte Mißstände, Diskussionen um die personelle Ausstattung, über Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals sowie auch die Heranziehung von Egodokumenten, die autobiographische Aussagen über die Anstaltsverhältnisse wie-

dergeben (sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern, so z. B. 191-193, 215, 221f., 226f., 231, 234f.; vgl. auch den Hinweis 29f.).

Am Anfang der Gründung der psychiatrischen Anstalt Klingenmünster stand der Optimismus der Aufklärung, d. h. der Humanisierung im Umgang mit den psychisch Erkrankten. Dabei sollte im Zusammenspiel von Behörden und der noch jungen Profession Psychiatrie die Behandlung der „Irren“ in medikalisierte Form vonstatten gehen. Klingenmünster war sowohl für „Heilbare“ als auch für „Unheilbare“ ausgerichtet, wobei, wie bereits erwähnt, die „Heilbaren“ privilegiert waren. Um entscheiden zu können, wo die Grenze zwischen beiden Patientenkategorien zu ziehen war, führte der erste Leiter der Anstalt, HERMANN DICK, den Begriff des „positiv Unheilbaren“ ein, der anzeigen sollte, daß es bei dieser Gruppe von Patienten Fälle geben könnte, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit durchaus einer erfolgreichen Therapie zugeführt werden könnten (38). Bereits zehn Jahre nach Anstaltsgründung mußte der Direktor einräumen, daß der anfänglich an den Tag gelegte optimistische Elan sich als nicht haltbar erwiesen habe. Ein Grund bestand in der oftmals verspäteten Überweisung von Patienten durch die Angehörigen, was auch auf massiven Vorurteilen gegenüber den psychiatrisch Erkrankten basierte (43), aber auch die sehr beschränkten finanziellen Ressourcen der Familienangehörigen forcierten diesen Umstand (44). Probleme stellten sich ein, als die Einweisungen von Langzeitkranken sich kontinuierlich erhöhten, so daß Rufe seitens der Klinikleitung unüberhörbar waren, die Anstalt von „unheilbaren“ und „allmählich verblödenden“ Kranken zu entlasten (48).

Um die Jahrhundertwende herum mehrte sich die Kritik aus bürgerlich-liberalen Schichten an der zum Teil als willkürlich angesehenen Einweisungspraxis in die psychiatrischen Anstalten, deren Anzahl durch Neubauten mehr und mehr anwuchs. Die Überbelegung der Einrichtungen war geradezu die Norm. Es formierte sich eine „Irrenrechtsreformbewegung“, die eine „Verrechtlichung der Kontrollmechanismen“ hinsichtlich der Einweisungspraxis auf ihre Fahnen schrieb. Schließlich schien es ein Leichtes, unliebsame Personen per Zwangseinweisung oder Entmündigung aus dem Verkehr zu ziehen und zu hospitalisieren. Damit schien aber das Deutungsmonopol der

wissenschaftlichen Psychiatrie herausgefordert, wenn nun fachfremde Instanzen in das psychiatrische Feld entscheidend Einfluß nehmen würden (53). Mit der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches im Deutschen Reich zum Jahre 1900 wurde das Entmündigungsverfahren einheitlich geregelt. Der damalige Klinikleiter KARRER erstrebte als Ersatz das Institut einer Einverständniserklärung der Familienangehörigen, um dem Verdacht willkürlicher Einweisungen vorzubeugen. Auf jeden Fall sollten diejenigen, die sich freiwillig in die Anstalt begeben wollten, nicht mit irgendwelchen Formalia davon abgehalten werden (54). Immer lag es im Ermessen der Anstaltsleitung, wer als Patient erwünscht war und wer nicht: z. B. Epileptiker oder von Geburt an Schwachsinnige (58). Meist lag es auch an der mangelnden Identifizierung der Kostenträger – die Sicherung der Kostenübernahme war vor einer Einweisung vorgeschrieben –, daß die Aufnahme sich hinziehen konnte (59).

In Klingenmünster wurde großen Wert gelegt auf strenge Ordnung, Pünktlichkeit und eine durchstrukturierte Tageseinteilung, weil diese Imperative „zur wohltätigen Einwirkung auf die Kranken“ führen sollte (59). Ebenso entsprach es dem Anspruch der Anstalt, daß das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten von „Menschlichkeit und Anstand“ geprägt sein sollte (61). Es wurden auch Versuche mit offenen Verpflegungsformen in Gestalt von Familienpflege und Gutshof in der in der Nähe liegenden Kaiserbachermühle unternommen (63-65). Allerdings nahm man um 1911 von dieser Betreuungsform Abstand (65). Ein Problem stellte die Gewinnung von qualifizierten Ärzten dar. Das war aber ein reichsweites Übel. Anreize wurden folglich gefordert, in Klingenmünster etwa die Schaffung von Ärztewohnungen (68f.). Ein gravierendes Mißverhältnis bestand auch zwischen den hohen Ansprüchen der Krankenbehandlung und der Qualifikation des Pflegepersonals, wobei noch hinzukam, daß personelle Engpässe in der Anwerbung von Pflegekräften (das „Wartpersonal“) allgemein im Deutschen Reich beklagt worden ist (71). Auch war in Klingenmünster die Fluktuation recht hoch, weil viele „Wärter“ den spezifischen Anforderungen nicht genügten. Der Umstand, durch finanzielle Anreize für das Pflegepersonal mehr Einstellungen zu generieren, bedeutete allerdings nicht, daß dies verwirklicht werden konnte. Dabei darf

nicht übersehen werden, daß das Personal nicht nur in ihren dienstlichen, sondern auch in ihren privaten Beziehungen ausschließlich den Weisungen des Klinikleiters unterworfen war (78). Daß in Klingenmünster im Rahmen der Zuweisungspraxis selektiert wurde, verdeutlicht der Status der „Gemeingefährlichen“, also denjenigen, die zunächst in Gefängnisanstalten einsaßen. Diese wurden „nur unter dem Aspekt des Verwahrungsauftrags gesehen“. Sie stellten ein Erschwernis im Klinikbetrieb dar (89).

Während des Ersten Weltkrieges war Klingenmünster geprägt durch Mangelversorgung und erhöhter Mortalitätsrate. Auch verschlechterte sich die Betreuungssituation zwischen Patienten und ärztlichem und pflegerischem Personal. Auch wurde Klingenmünster als Reservelazarett requiriert. Die psychisch Erkrankten, die die Greuel der Materialschlachten des Krieges miterlebt hatten und nach Klingenmünster eingeliefert wurden, wurden von den Ärzten so behandelt, daß sie schnellstmöglich wieder an die Front geschickt werden konnten. Es war allgemein üblich, viele psychisch Stigmatisierte, die das erbarmungslose Fronterlebnis nicht verkraften konnten, als Simulanten zu brandmarken, die sich vor dem Kriegseinsatz nur drücken wollten (97).

Die Weimarer Zeit sollte zu einer Neuausrichtung der Klingenmünsterer Anstalt führen, was vor allem auf das Anwachsen der Einweisungen von psychiatrisch Kranken zurückzuführen ist. Dabei spielte das Konzept der „offenen Behandlung“ eine tragende Rolle, das zuerst in der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen angewandt wurde. Insbesondere das Instrument der „Außenfürsorge“ war hierbei maßstabsbildend (101). Der neue Klinikleiter JOSEF KLÜBER (seit 1922) entpuppte sich als Förderer und Garant dieser Behandlungsmethode. Es wurde energisch in die Arbeitstherapie „investiert“, die abgestuft auf die einzelne geistige Leistungsfähigkeit der Erkrankten ausgelegt wurde. Der Autor betont allerdings, daß diese Therapieform mit ökonomischen Rationalitätserfordernissen korrespondierte, aber als Fortschritt gepriesen wurde (109). In diesem Sinne wurden Arbeitsstätten geschaffen, so daß im Jahre 1925 über 60% der Patienten einer Beschäftigung nachgingen (113). Die Außenfürsorge wurde intensiviert, wobei außerhalb Klingenmünsters Beratungssprechstunden eingerichtet wurden (122). Es gab aber auch bereits in dieser Zeit Befürworter einer Euthanasie zur „Aus-

schaltung der Weitervererbung der schlimmen psychopathischen Eigenschaften“ (122). Die allgemeine ökonomische Krisensituation im Deutschen Reich Ende der 1920er Jahre ging selbstredend auch an Klingenmünster und überhaupt der psychiatrischen Betreuung in der Pfalz nicht vorbei. So wurde Anfang der 1930er Jahre durchaus ernsthaft die Frage diskutiert, inwieweit es medizinisch möglich sei, bei geistig abnormen Patienten Sterilisationen vorzunehmen, um der prekären Haushaltslage einigermaßen Herr zu werden (127). Das planmäßige Selektionieren von psychiatrisch Erkrankten in der Anstalt sollte dann von den Nationalsozialisten fabrikmäßig in die Tat umgesetzt werden.

Klingenmünsters düsterstes Kapitel, die NS-Zeit, behandelt BEYER auf den Seiten 128 bis 176. Mehrfach bedient er sich dabei auch der Schrift von SCHERER/LINDE/PAUL¹. Wie in vielen anderen psychiatrischen Anstalten auch, begrüßte die Ärzteschaft in Klingenmünster das im Juli 1933 verabschiedete und zum 1. Januar 1934 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Selbst Direktor KLÜBER befürwortete dieses Gesetz, wenn er auch gegenüber dem neuen Regime ablehnend eingestellt war (128). Nachdem KLÜBER 1935 gewaltsam von seinem Posten entfernt wurde, wurde ein NS-Parteigänger, sein Stellvertreter GOTTFRIED EDENHOFER, von den pfälzischen politischen Instanzen mit der Leitung der Klinik betraut. Sofort nach Installation der Erbgesundheitsgerichte in Frankenthal und Zweibrücken begannen die Zwangssterilisationen. Eine Statistik aus dem Jahre 1935 weist aus, daß die klassifizierte Kategorie „angeborener Schwachsinn“ mit knapp über 70% den größten Anteil unter den Betroffenen ausmachte (132). Der Autor stellt die große „Anzeigefreudigkeit“ der pfälzischen Bezirksärzte in den Außenfürsorgestellen heraus und gibt zu Protokoll, daß die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber den Anstaltsärzten gestiegen sei, da die psychiatrische Behandlung der Patienten lediglich als „Anschauungsmaterial“ zu dienen hatte, um vor den „verheerenden Folgen der geistigen Erkrankungen“ zu warnen (141). BEYER führt sodann den Begriff des „Therapeutischen Aktivismus“ an,

1 Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1933-1945, hg. von Karl SCHERER, Otfried LINDE, Roland PAUL, (= Beiträge zur pfälzischen Geschichte 14), Kaiserslautern 2016 (Erstauflage 1999).

der zwar *expressis verbis* nicht definiert wird, aber wohl dahin gehend verstanden werden kann, daß er den Übergang von der Politik der Zwangssterilisierung zur Liquidierung der psychisch Kranken, umschreiben soll (141ff.). In den Verwaltungen setzte sich mehr und mehr der Gedanke durch, daß die psychisch Kranken in der Anstalt nur unnötige Kosten verursachten, also Verschwendung sei. Die Kehrseite der Medaille war freilich, daß die Psychiatrie Gefahr zu laufen drohte, daß ihr Berufsstand an Ansehen verlieren würde (142, 153).

Die „T4-Aktion“ - die im Sommer 1939 umgesetzte Geheimaktion zur Ermordung von psychiatrisch Kranken, die als „lebensunwert“ klassifiziert wurden - erfaßte im Jahre 1940 mindestens 223 Klingenmünsterer Patienten, die in den Tötungsanstalten wie z. B. Grafeneck ermordet wurden (146). In Klingenmünster – so verdeutlicht dies der Autor anhand der Vermerke in den Krankenakten der Patienten -, war der Klinikleitung daran gelegen, möglichst alle diejenigen aus der Anstalt zu entfernen, denen ein aggressives und „störendes“ Verhalten attestiert wurden (150, 151). Es herrschte die Vorstellung vor, die Vernichtung der „unheilbar“ Kranken als Akt der „Modernisierung“ im Rahmen des medizinischen Heilungsanspruchs zu propagieren (156, 159). Auch das Schicksal der sog. „Sicherungsverwahrten“, die in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren, entsprach im Grunde demjenigen der „unheilbar“ Kranken. Ab Frühjahr 1944 wurde in allen bayrischen Anstalten damit angefangen, diese Gruppe in die KZ's nach Mauthausen, Dachau oder Auschwitz einzuliefern (167). Bis Kriegsende fielen der nationalsozialistischen Euthanasie-Maschinerie ca. 2.000 Patienten aus Klingenmünster zum Opfer (171). Die nach dem Krieg eingeleiteten Verfahren gegen die Klinikverantwortlichen wurden 1950 eingestellt. Niemand wurde zur Verantwortung gezogen. Wie auch, wenn noch im Jahre 1949 der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister, „unabhängig von allen bestehenden Regierungsformen“, die typische Aussage treffen konnte, daß „allein aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen ... die Verhütung von Erbkrankheiten“, die geeignet seien, „die Volkskraft herabzusetzen“, weiterhin in ihr Recht gesetzt werden müsse (176).

Im Jahre 1952 wurde der KRETSCHMAR-Schüler GERHART MALL zum Klinikleiter be-

stellt. Es war vor allem sein konstitutionsbiologischer Ansatz in Bezug auf das Verständnis der Entstehung psychischer Erkrankungen, der ihn für eine „modernisierte“ Anstalt interessant gemacht hat (177). Die nun in „Pfälzische Nervenlinik Landeck“ umgetaufte Anstalt wurde von MALL nun naturwissenschaftlich umgerüstet, was sich in der Einrichtung von Laboren und einer Präferenzierung der Apparatedizin ausdrücken sollte (180). Der Autor hat dabei die Beobachtung gemacht, daß trotz erhöhter Entlaßzahlen das Phänomen der Überbelegung und damit einhergehend der Überbelastung weiterhin bestand, gewissermaßen die Kehrseite der von MALL forcierten Modernisierungspolitik (182). Recht experimentierfreudig agierte die Klinik bei der Medikamentengabe, wobei die Praxis vorherrschte, mehrere Medikamente gleichzeitig zu verabreichen (191). MALLS und seiner Mitarbeiter Forschungen lief im Grunde darauf hinaus, die psychiatrischen Leiden aus somatischen Ursachen zu erklären. Die 1963 ins Leben gerufene Hormonforschung mit der Errichtung eines endokrinologischen Labors manifestierte dies (192). Ein Meilenstein der Klingenmünsterer Anstalt war der Aufbau einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits in den 1950er Jahren. Dem Selbstverständnis der Ärzte nach ging es hier um die „Heilung“ von „randalierenden, rebellierenden und entgleisenden“ Kindern (199). Schließlich geht BEYER auf den die Überlastung der Klinik mit verantwortenden Bereich der gerichtlich eingewiesenen Personen ein, die als „Fremdkörper“ charakterisiert und von MALL als „asozial“, „frech“, unbotmäßig“ und „querulatorisch“ abgestempelt wurden (205).

Mit der Mitte der 1970er Jahre einsetzenden Reform des psychiatrischen Anstaltswesens in der Bundesrepublik begann auch in Klingenmünster, angetrieben auch durch einen neu berufenen Klinikleiter, der Umbruch in der psychiatrischen Versorgung. Liberalere Maßnahmen sollten dazu beitragen, vom Image einer Ordnungs- und Zwangsanstalt wegzukommen und den Klinikalltag in freundlicheres Licht zu tauchen. Allerdings gibt der Autor zu bedenken, daß diese „Modernisierungsansprüche“ zu Lasten des Umgangs mit den „Pflegefällen“, die weiterhin als Belastung angesehen wurden, gingen, so daß Anfang der 1970er Jahre eine rasante Reduktion der „Langzeitpatienten“ zu verzeichnen war (217, auch 219). Änderungen in Richtung einer aktiveren

Heilbehandlung setzte mit dem 1973 bestellten neuen Klinikdirektor HANS-JOACHIM HAASE ein. Er befürwortete ein Konzept einer „therapeutischen Gemeinschaft“, in der insbesondere auch das Pflegepersonal eine tragende Rolle spielen sollte, das vorher lediglich als Befehlsempfänger ärztlicher Anweisungen fungierte (221). Das gesamte Arrangement des Klinikbetriebs sollte auf dem Kompromiß zwischen hierarchisch-arztzentriertem Handeln und der Beachtung der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte der Patienten ruhen (223, 228ff.). Fernziel der Reformierung war die Schaffung eines Großkrankenhauses Landeck (224). Ein weiterer Schritt weg von der Abschottung und Ausgrenzung der psychiatrisch Kranken wurde in einer Art „Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrie“ gesehen, um die fraglose Ghettoisierung der Kranken abzuschaffen. So wurden Patenschaften initiiert, Laienhilfe und Patientenclubs gefördert (232 - 238).

Weitere Modernisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen wurden z. B. 1978 mit dem Bau eines „Behandlungs-, Versorgungs- und Kommunikationszentrums“ in die Wege geleitet. Der Umgang mit den „Langzeitkranken“ wurde – und das ist die Ambivalenz – auf diesem Altar der Reformbestrebungen geopfert, wobei hier vornehmlich finanzielle Gründe ausschlaggebend waren. Die Gefahr der „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ schien gegeben (239). Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß im 1978 herausgegebenen Psychiatriebericht Rheinland-Pfalz einem Teil der chronisch Kranken, die schon lange in der Anstalt wohnten, der weitere Aufenthalt zu sichern sei (241). Es waren gerade diese „Unheilbaren“, die implizit wie praktisch zeigten, daß die über hundert Jahre in den Blick genommenen „Modernisierungen“ „weitgehend unwirksam“ blieben. Daraus folgert BEYER: „Das System der Heil- und Pflegeanstalten reproduzierte so seine eigenen Widersprüche...“ (257).

Zum Abschluß noch ein Wort zur Methodik der Studie: Die verschiedenen Stufen der Entwicklung der Klingenmünsterer psychiatrischen Anstalt umschreibt BEYER mit dem Begriff der „Wahrheitspolitik“, wie er von MICHEL FOUCAULT übernommen wird, und der anzeigen soll, wie historisch differierende Diskurse über Wahnsinn und seine Behandlung stattgefunden haben, die aber im Selbstverständnis der Psychiater und des

politisch-gesellschaftlichen Umfeldes als „fortschrittlich“ gelesen und monumentalisiert werden (vgl. „Bilanz und Ausdruck“, 244-258). Es ist ja seit Jahren gute Sitte in den Kulturwissenschaften, als theoretischen Rahmen das diskurs- und diapositivzentrierte Denken FOUCAULTS zu Rate zu ziehen, das Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse sowie Ordnungsstrukturen und -beziehungen thematisiert. Es erscheint gewiß nicht übertrieben, von einem „rent-a-FOUCAULT“-Hype zu sprechen, der in der Pose der intelligiblen Emphase sich der terminologischen Denkfiguren des FOUCAULT'SCHEN Paradigmas annimmt und der empirischen Sacharbeit als Leitmotiv erkenntnisfördernd vorgegeben wird. FOUCAULT wurde zu *der* Instanz für eine kritische Psychiatrieforschung, die quer zum Mainstream lag. Es ist im Rahmen der Psychiatriegeschichte durchaus nicht delegitimierend, auf FOUCAULTS Denkansatz zurückzugreifen, da er ja selbst in seinen, weite Beachtung findenden Anfängen sich der Historie der Psychiatrie zugewandt hatte. So operiert BEYER mit den Kategorien „Wahrheitspolitik“ und „Problematisierung“. „Wahrheitspolitik“ heißt nichts anderes, als die Initialisierung eines wissenschaftlichen Diskurses im institutionellen Rahmen einer psychiatrischen Anstalt, auf die Institution bezogen, jedoch in Auseinandersetzung mit externen ökonomischen und politisch-administrativen Anforderungen. FOUCAULT geht hier von einer immanenten Verzahnung von psychiatrischem Ordnungswissen, psychiatrischer Praxis und der „architektonischen“ Infrastruktur (23) aus. Erst von hier aus und unter der Prämisse von diskursiven wie nicht-diskursiven Praktiken lassen sich Wahrheitsfindungsprozesse über „Heilbarkeit“ und „Unheilbarkeit“ überhaupt erst in Gang setzen. Historische Veränderungen des Umfeldes erzeugen auf dem Felde medizinischer wie administrativer Interessenkonstellationen innerhalb gewisser sozialer Bedingungen so etwas wie eine „Problematisierung“ des Verhältnisses von Denk- und Handlungsformen. Dies läßt sich z. B. festmachen an der Koppelung von therapeutischem Handeln im Blick auf Genesung an die Integrationsmöglichkeit der Patienten, bestimmt durch deren Arbeitsvermögen (24). Es erhebt sich aber die kritische Frage, ob es grundsätzlich eines postmodernistischen theoretischen Überbaus *à la FOUCAULT* bedarf, um die ‚Wirklichkeit‘ einer psychiatrischen Anstalt in ihrer Substanz und ihren relevanten Erscheinungsformen –

gleichsam als „Mikrophysik der Macht“ in der Sprache FOUCAULTS - ermessen zu können. Verschleiert ein theoretisches Konstrukt, sobald es mit der Sprache der Quellen konfrontiert wird, nicht mehr als daß es die spezifische Problematik des encadrierten Wirklichkeitsbereichs, von dem die Rede ist, erhellt, weil es eine Metasprache generiert hat, die das Feld des fraglichen Gegenstandes so transzendiert, im schlechteren Falle reglementiert, daß z. B. Inkonsistenzen oder Devianzen in der empirischen Beobachtung auftreten können, die das Prokrustische des theoretischen Rahmens aufscheinen läßt. Ein anderes Unbehagen an FOUCAULTS Ansatz der Psychiatrie-Analyse läßt sich dahingehend artikulieren, wie auch der Autor anmerkt, aber gleich wieder relativiert (23), daß FOUCAULT über seinen luziden diskurs- bzw. dispositivtheoretischen Ansatz jene Akteure vergißt, die als Patienten anstaltsmäßig untergebracht sind, ob sie als heilbar oder unheilbar klassifiziert worden sind. Vielmehr schweigt FOUCAULT sich aus über die individuellen Leiden, über gelungene Heilungsergebnisse oder über emotionale Glückseligkeitsregungen, der die Persönlichkeitsentfaltung erdrückenden Krankheit, auf welchem Wege auch immer, entkommen zu sein. Alles scheint sich hinter strukturzentrierten machtgrundierten Diskursmetaphern zu verbergen, deren Aussagekraft über die konkrete Realität von Psychiatrie-Anstalten eher dem Reich des Nebulösen verhaftet bleiben. Das erscheint als Konsequenz, wenn die psychiatrische Anstalt lediglich unter dem Primat der Disziplinierung nicht-normaler Individuen analysiert wird. Auch die Inkorporierung der Figur des Wahnsinnigen in die Objektwelt der Wissenschaft wird nicht so gesehen, daß z. B. die Einführung von Psychopharmaka in den 1950er Jahren, im Sinne eines wissenschaftlichen Fortschritts, als therapeutisches Mittel zur Linderung oder gar zum Verschwinden der psychiatrischen Symptome beizutragen vermocht hat. FOUCAULT sieht darin keine Form einer „besseren“ Heilungsmethode, sondern ein effizienteres Mittel zur Unterdrückung. Dies kann aber wohl nur derjenige wirklich einschätzen, der selbst einmal die Linderungspotentiale dieser Medikalisierung an sich selbst erfahren hat. In dem Buch von BEYER, das mit viel Beifall aufgenommen werden sollte, ist dieser Hiatus zwischen den ökonomisch, politisch und fachwissenschaftlich bedingten Heilungsarrangements und den subjektiven Befindlichkei-

ten der Psychiatriepatienten in den Anstalten durchgehend zu verfolgen. Das fängt schon an bei dem Begriff des „Fortschritts“ resp. der „Modernisierung“ psychiatrischer Heilverfahren. Gleich zu Beginn in seiner Einleitung gibt der Autor zu verstehen, daß er wider den Geist einer fortschrittsoptimistischen Psychiatriehistoriographie die Begriffe „Modernisierung“ und „Moderne“ ganz bewußt in Anführungszeichen setzen werde, um die Widersprüchlichkeit von Heilung und jeweils historisch unterschiedlichen „Dispositiven“ von Behandlungskontexten – den FOUCAULT‘-SCHEN „Wahrheitspolitiken“ - zum Ausdruck zu bringen (8, Anm. 10; 9, Anm. 14). Vielleicht hätte der Autor gut daran getan, den Begriff „Fortschritt“ weniger nur substantiell, sondern auch als Relation, einhergehend mit einer je und je verschiedenen Interpretationsbreite zu fassen. Und daß „Fortschritt“ nicht immer der Zug zum „Besseren“ hin bedeutet, ist ja hinlänglich geläufig. Übertragen auf die Psychiatrieentwicklung mag der Aufweis eines „fortschrittlichen“ Ensembles von diagnostischen Anamnesen und therapeutischen Behandlungsformen an der positiven Wirkung beim Patienten „gemessen“ werden. Nicht der Wahnsinn kann als höchstes Gefühl subjektiver Freiheit reklamiert werden, wie FOUCAULT insinuiert hat, sondern derjenige ist wirklich frei, der die Bedingungen der Möglichkeit in sich trägt, bei allen externen Beschränkungen, denen man ausgesetzt ist, ein selbstbestimmtes, selbstreflexives Leben zu führen. Dies ist dem Wahnsinnigen verschlossen, und man sollte daher jedem Arzt oder Therapeut dankbar sein, der einen sichtbaren Heilerfolg erzielen kann.

Arno Mohr