

Julie Sascia Mewes

# Alltagswerkstatt

Alltagsbefähigungspraktiken  
in der psychiatrischen  
Ergotherapie

**Aus:**

*Julie Sascia Mewes*

**Alltagswerkstatt**

Alltagsbefähigungspraktiken  
in der psychiatrischen Ergotherapie

Mai 2019, 260 S., kart., Klebebindung

39,99 € (DE), 978-3-8376-4792-1

E-Book:

PDF: 39,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4792-5

Psychiatrische Ergotherapie orientiert sich an der Frage, wie die Handlungsfähigkeit psychisch erkrankter und stationär untergebrachter Menschen im Alltag wiederhergestellt werden kann. Dabei fußt sie allerdings auf einem kaum explizierten und untertheoretisierten Alltagsverständnis.

Julie Sascia Mewes' ethnografische Studie analysiert, welche impliziten Alltagsvorstellungen in die räumlichen, materialen und sozialen Arrangements der »Alltagswerkstatt« eingeschrieben sind, ob und wie für die Akteur\*innen »neue« Alltage entstehen und welche Fähigkeiten sie dafür wiedererwerben sollen.

**Julie Sascia Mewes**, geb. 1983, forscht am Institut für Soziologie an der Technischen Universität Berlin. Die Europäische Ethnologin promovierte an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der ethnografischen Alltagsforschung, der Praxistheorie sowie den Science and Technology Studies.

Weiteren Informationen und Bestellung unter:

[www.transcript-verlag.de/978-3-8376-4792-1](http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-4792-1)

© 2019 transcript Verlag, Bielefeld

# Inhalt

---

## **1. Einleitung | 7**

- 1.1 Beunruhigende Werkstatt – *Disconcertment* als Ausgangspunkt | 7
- 1.2 »Was kann man auf der Station für den Alltag lernen?« | 10
- 1.3 In der Werkstatt forschen – Zugänge zum Feld | 13
- 1.4 Sprache ist (Be-)Handlung – Sprachliche Regelungen | 16
- 1.5 Übersicht der Kapitel im Einzelnen | 19

## **2. Vorstellung des Felds und erste Fragestellungen | 23**

- 2.1 Historischer Abriss der Ergotherapie in der Psychiatrie | 24
- 2.2 Zusammenfassung des historischen Abrisses über die deutsche Ergotherapie | 42
- 2.3 Ergotherapeutischer »Alltag« und erste Fragestellungen | 43
- 2.4 Überblick – Ausbildung und Beruf in Zahlen | 43
- 2.5 »Alltag(sfähigkeit)« als Fragestellung in der psychiatrischen Ergotherapie | 46
- 2.6 Zusammenfassung – Ergotherapeutischer »Alltag« | 55

## **3. Theoretische Zugänge und methodisches Vorgehen | 57**

- 3.1 »Alltag« und »Praxis« als Forschungskategorien | 57
- 3.2 »Alltag« und »Praxis« in der Europäischen Ethnologie | 58
- 3.3 »Alltag« und »Praxis« – Routinen | 68
- 3.4 »Alltag« und »Praxis« – Materialität | 77
- 3.5 »Alltag« und »Praxis« – Produktivität | 81
- 3.6 Zusammenfassung – »Alltag« und »Praxis« | 84

## **4. Praxeografie des »Alltags« | 89**

- 4.1 Einleitung und Überblick | 89
- 4.2 Beispiele praxeografischer Forschungen | 94
- 4.3 Zusammenfassung des praxeografischen Forschungszugangs | 98
- 4.4 Zentrale Fragestellungen | 99

<b>5. Routinen ergotherapeutischer »Alltagsbefähigung«</b>	103
5.1 Ausnahmezustand als Normalität in der Psychiatrie	103
5.2 Routinen als Strukturierung und Automatisierung	106
5.3 Zeit und Raum von Routinen	116
5.4 Begrenzte Routinen	121
5.5 Routinen – Zwischenergebnisse und Zusammenfassung	124
<b>6. Materialität ergotherapeutischer »Alltagsbefähigung«</b>	127
6.1 Ginkgo als Therapeutikum – Objekte und ihre Fähigkeiten	128
6.2 Von Laub und elektronischen Schliessanlagen	130
6.3 Von der Sozialstatistik über Objektbiografien zu den <i>Material Culture Studies</i>	132
6.4 Speckstein und Kaffeemühle als <i>material agents</i>	138
6.5 Ikonen als epistemische Objekte	148
6.6 Ergotherapeutische Rezepte als Objekt-Arrangement	152
6.7 Von der Zwiebel zur Kurve – <i>practice-material arrangements</i>	155
6.8 Materialität – Zwischenergebnisse und Zusammenfassung	164
<b>7. Produktivität ergotherapeutischer »Alltagsbefähigung«</b>	169
7.1 Produktivität und Leistungsanforderung	171
7.2 Logiken des Sorgens – <i>logic of care</i>	173
7.3 <i>Logic of care</i> versus <i>logic of choice</i>	174
7.4 Ergotherapeutisches Sorgen	177
7.5 Autonomie und ergotherapeutisches Sorgen	179
7.6 Ergotherapeutisches <i>tinkering</i>	188
7.7 Ergotherapeutisches <i>tinkering</i> mit und durch Produktivität	194
7.8 Produktivität – Zwischenergebnisse und Zusammenfassung	201
<b>8. Fazit – Werkstatt neuer »Alltage«</b>	205
8.1 Fazit 1	206
8.2 Fazit 2	216
<b>Danksagung</b>	237
<b>Literatur</b>	241

# 1. Einleitung

---

## 1.1 BEUNRUHIGENDE WERKSTATT – *DISCONCERTMENT ALS AUSGANGSPUNKT*

»Ich gehe von der Station aus durch die erste elektrische Stationstür in den Flur, der zur zweiten Tür dieser Art und schließlich den Fahrstühlen führt. Auf der linken Seite befindet sich eine Flügeltür, an der ein buntes Holzschild in runden Buchstaben darauf hinweist, dass sich hier die Ergotherapie befindet. Der Ergotherapieraum selbst ist ein etwa 40 m<sup>2</sup> großer, lichtdurchfluteter Raum, in dessen Zentrum ein großer, rechteckiger Werk Tisch aus massivem Holz steht, um den herum sich zwölf Stühle gruppieren. Auf den Fensterbrettern reihen sich Topfpflanzen in unterschiedlichen Größen, Farben, und Formen aneinander. In einer Ecke steht eine große Staffelei. An einer Wand befinden sich mehrere große Holzschränke, in denen sich laut den bunten Pappschildern, die auf ihnen angebracht sind, »Spiele«, »Bastelbücher«, »Wolle«, »Papier«, »Mandalas«, »Seidenmalerei«, »Stifte«, »Pinsel« und »Perlen« befinden. Auf den Schränken türmen sich geflochtene Körbe aus Peddigrohr in unterschiedlichen Fertigungszuständen. Auf der anderen Seite des Raumes steht ein Metallregal, gefüllt mit Skulpturen aus Speckstein und Ton. Ich schaue auf Schildkröten, Bären und Pferde in unterschiedlichsten Größen, Formen und Farben. Im unteren Fach befinden sich zwei große Plastiktruhen, aus der einen lugen Rohspecksteine, aus der anderen ein großer Block Ton hervor.

Wie in fast jedem anderen Raum in der Klinik gibt es auch hier ein großes Waschbecken, welches sich neben der Tür befindet. Dieses jedoch hat nur noch mittelbare Ähnlichkeit mit den anderen weißen, glänzenden, sterilen Wannen, neben den stets gefüllte Desinfektionsmittel-, Seifen- und Papierhandtuchspender auf der Station stehen. Die Emaille ist stumpf und voller bunter Farbspritzer. Im Becken stehen zwei mit Wasser gefüllte Gläser, in denen mehrere Pinsel auf irgendetwas zu warten scheinen. Zwei gipsverklebte Spachtel liegen auf der einen Ablagefläche, auf der anderen stapeln sich Papierhandtücher zu einem schiefen Turm.

Auch auf dem Werk Tisch scheint niemand auf penible Ordnung zu achten: Ein paar Holzperlen liegen darauf, zwei Figuren eines Brettspiels, zwei halb ausgemalte Malvorlagen und

eine zu Teilen aus dem Speckstein herausgearbeitete Schildkröte daneben. Das kunterbunte Sammelsurium erinnert an einen Werkraum in einer freien Kunstschule oder an den Klassenraum des Kunstunterrichts an einer Schule. Dass ich mich in einer Klinik befinde, vergesse ich in dem Moment. Verwundert gehe ich im Raum umher, vom Geruch von Holzleim, Holz und Tusche umgeben.

Herr Lichter, der Ergotherapeut, ein dreißigjähriger Mann im Poloheemd, Jeans und Sneakers, kommt herein, grinst breit und sagt: »Ach hier steckst du. Eine ganz schöne Unordnung hier, nicht? Die Patienten sollen eigentlich ihre Sachen selbst aufräumen, das klappt aber eigentlich nie und manchmal bleibt es dann liegen.« Dabei lacht er und erzählt mir belustigt, dass seine Kollegin seine Unordnung nicht ausstehen könne, er aber finde, dass es ein wichtiger Teil seines therapeutischen Konzepts sei, den Patienten die Verantwortung für den Zustand ihres Arbeitsplatzes in der Werkstatt zu übertragen. Dann schaut er auf seine Uhr, bittet mich mit einer Armbewegung aus dem Raum, schließt diesen ab und sagt: »Wenn du magst, kannst du mitkommen, gleich fängt die Morgenrunde an.« [Feldnotiz 05.03.2012]

Die ergotherapeutische Werkstatt, die ich im März 2012 während meiner dreiwöchigen Explorationsforschung in einer allgemeinpsychiatrischen Station eines regionalen Krankenhauses auf der Suche nach einer Forschungsfrage zum ersten Mal betreten hatte, wirkte auf mich zugleich anziehend und abstoßend, vor allem aber irritierend. Einerseits wunderte mich, wie sehr sich der Raum von den anderen klinischen Räumen um ihn herum unterschied: Das kunterbunte Chaos voller Bastel- und Werkmaterialien stand im krassen Gegensatz zu den sterilen und nur spärlich eingerichteten Zimmern, die abgesehen von farbigen Vorhängen meist – weiß in weiß gehalten – nur Krankenbetten und Nachttische zu enthalten schienen und sofort auf ihre Funktionalität als klinische Räume verwiesen.<sup>1</sup> In der Werkstatt roch es nicht wie überall sonst in der Klinik nach Desinfektionsmitteln sondern nach Bastel- und Werkmaterialien. Die Ergotherapiewerkstatt wirkte wie aus Zeit und Raum gefallen. Er schien nicht in seine sterile und adrette Umgebung zu passen und der Gedanke, dass hier Therapie und kein Kunstunterricht stattfinden sollte, verwunderte mich, empfand ich den Raum doch als durch und durch »unklinisch«.

»Wie soll dieser Ort therapeutisch sein und wie kommt der Alltag der Nutzerinnen<sup>2</sup> in ihn hinein?«, fragte ich mich. Erst lange Zeit später stieß ich in meinen

---

1 Der Aufenthaltsraum ist ebenfalls gemütlicher eingerichtet als der Rest der Station, allerdings nicht in dem Maße wie die Ergotherapie, die darüber hinaus zu Teilen im Aufenthaltsraum stattfindet, da die Kücheninsel für die Koch- und Backgruppe dort stattfinden. (Vgl. 166)

2 Zur Verwendung des generischen Femininums, vgl. 16.

Feldnotizen erneut auf diese Frage, und noch viel später wurde mir bewusst, dass sie die erste Forschungsfrage war, die mich und mein Feld, die stationäre psychiatrische Ergotherapie in zwei deutschen Kliniken, verband und über den weiteren Verlauf dieser Arbeit begleitete.

Das unbestimmte Gefühl zwischen Verwunderung, Anziehung und Abstoßung zugleich, welches die Ergotherapie zu meinem Forschungsfeld werden ließ und mich bis heute mit ihr verbindet, lässt sich mit dem Konzept des *disconcertment* der australischen Ethnografin und Wissenschafts- und Technikforscherin Helen Verran fassen. *Disconcertment*, von Raasch und Sørensen als »Unruhe« übersetzt (Raasch und Sørensen 2014, 258f.), soll laut Verran aus Irritation beziehungsweise Verwunderung der Feldforscherin gegenüber Alltagshandlungen Forschungsfragen generieren, wie sie es in ihrer Monografie »Science and an African Logic« (2001) am Beispiel der Art und Weise, wie das metrische System in nigerianischen Klassenräumen unterrichtet wird, herausgearbeitet hat. (Verran 2001, 3) Sie beschreibt *disconcertment* als eine Strategie, um in komplexen Aushandlungssituationen zu verstehen, »how truths that these stories evoke, came to be«. (Verran 1999, 141) Verran bezieht sich hier insbesondere auf Praktiken, in denen zwei miteinander konkurrierende imaginaries, das heißt »sets of metaphors for thinking and enacting the world« (Law und Lin 2010, 141), den Blick und die Erklärungsmuster um Erfahrungen herum ordnen beziehungsweise prägen.

Auch in der Psychiatrie schienen mir zumindest zwei imaginaries aufeinander zu stoßen: die mir vertrautere, sterile, geordnete und seriöse Medizin und die zusammengewürfelte und chaotisch wirkende Ergotherapie. Ein Vergleich beider Kosmologien soll an dieser Stelle nicht unternommen werden. Die Frage danach, wie in einem kreativen und aufs »amateurhafte Basteln und Werken ausgerichteten« und dadurch mitunter infantil wirkendem Raum »ernsthafte« Therapie stattfinden soll und welche Inhalte diese hat, steht hingegen im Zentrum dieser Arbeit.

Denn in den nächsten Tagen meiner Feldforschung kam ich zu meiner Verwunderung zu dem Schluss, dass sich die Ergotherapie bei vielen Nutzerinnen größter Beliebtheit zu erfreuen schien. Abgesehen von vereinzelter Kritik<sup>3</sup> hörte ich bei keiner anderen Gruppenaktivität auf den von mir teilnehmend beobachteten Stationen je Sätze wie: »Ach schade, es ist schon vorbei?« oder »Können wir

---

3 Die Auswahl der empirischen Daten vermittelt diese positive Einstellung der Nutzerinnen der Ergotherapie gegenüber nicht durchweg. Meine Auswahl der hier verwendeten Daten zielte darauf ab, die »Alltagsbefähigungspraktiken« besser zu verstehen, welches sich meines Erachtens besonders gut aus der Analyse uneindeutiger, kritischer oder irritierender Situationen heraus verstehen lässt.

nicht noch ein bisschen hier bleiben?«. Die Assoziationen eines Orts des Spielerischen und der fehlenden Ernsthaftigkeit schien viele Nutzerinnen nicht abzustoßen sondern anzuziehen, und zwar so sehr, dass die Ergotherapie mit Abstand die beliebteste Therapieform war und ist.<sup>4</sup>

Wie also lässt sich dieser große Unterschied in der Wahrnehmung der Ergotherapie, als nicht in die Klinik ›passender‹ Ort einerseits sowie als zuweilen begeistert aufgenommenes Refugium andererseits erklären? Was wird von den Nutzerinnen erwartet und wie sollen sie von der Ergotherapie profitieren und in welchem Zusammenhang steht hierbei der Alltag der Nutzerinnen?

## 1.2 »WAS KANN MAN AUF DER STATION FÜR DEN ALLTAG LERNEN?«

›Die Morgenrunde findet dreimal wöchentlich eine halbe Stunde nach dem Frühstück im großen Aufenthaltsraum statt; alle Patientinnen der Station sind angehalten daran teilzunehmen. Diese wird im Wechsel vom behandelnden Oberarzt, einer der Krankenpflegerinnen oder dem Ergotherapeuten der Station, Herrn Lichter, angeleitet. Inhaltlich geht es darum, über das anstehende Therapieprogramm und andere Aktivitäten zu informieren, Fragen zu beantworten, Probleme zu klären sowie Lösungen für Konflikte unter den Nutzerinnen zu suchen. Wenn keine aktuellen Themen anstehen, wird ein Thema zur Diskussion gestellt, über das etwa eine halbe bis dreiviertel Stunde gesprochen wird.

Heute geht Herr Lichter durch alle Patientenzimmer und erinnert an den baldigen Beginn der Morgenrunde. Einige Minuten später sitzt ein Großteil der Patientinnen mittlerweile auf einem der Stühle, die in einem großen Kreis stehen. Eine ebenfalls anwesende Krankenpflegerin notiert die Namen der Anwesenden, während Herr Lichter nach einer Vorstellungsrunde und einem sogenannten Blitzlicht, bei dem die Teilnehmerinnen berichten, wie es ihnen geht, das heutige Thema der Morgenrunde vorstellt.

›Was kann Alltagsgestaltung für ihre Gesundheit tun?«, fragt er in die Runde. Er fügt hinzu: ›Die Koch- oder Backgruppe, die haben ja auch als Beispiel etwas mit Alltagsgestaltung zu tun.‹

Die Nutzerinnen schauen ihn fragend bis ratlos an, keine sagt etwas. Herr Lichter setzt erneut an: ›Was bedeutet Alltag für Sie?‹ ›Einkaufen‹, sagt nun eine der Patientinnen. ›Kann ich auch nicht mehr, es ist eine Frage der Zeit, dass es vorbeigeht‹, fährt ein anderer dazwischen, dabei nicht in die Runde, sondern auf den Boden schauend. ›Spazierengehen‹, ergänzt ein anderer Nutzer, nachdem der Ergotherapeut seine Frage wiederholt hat. Nach den

---

4 In einer Studie zur Effektivität der psychiatrischen Ergotherapie kommt der Psychiater Thomas Reuster zum gleichen Schluss (2006).



beiden Wortmeldungen breitet sich erneut Stille aus und nach einiger Zeit fasst Herr Lichter zusammen: ›Einkaufen und Spazierengehen sind Dinge, die sich immer wiederholen. Wie wichtig ist dies für Sie?‹ Nun schaut er jeden der Anwesenden der Reihe nach an, diese nicken stumm. Eine Patientin merkt an, dass sie sich deshalb wünsche, einen Teil davon [des alten Alltags, Anm.: JSM] zurückzubekommen. Ihre Bitte verhallt im Raum.

›Und was kann man auf der Station für den Alltag lernen?‹, fragt Herr Lichter daraufhin. ›Tagesstruktur‹, sagt eine Patientin und schaut den Ergotherapeuten fragend an. Der nickt und lächelt ihr kurz zu, und bittet im Anschluss die Runde, Beispiele hierfür zusammenzutragen. Nacheinander wird ›regelmäßiges Aufstehen‹, ›Anziehen‹, ›Waschen‹, ›Arbeiten gehen‹, ›nach Hause kommen‹, ›Kochen‹ und ›Schlafengehen‹ von den Patientinnen genannt.

›Was macht das mit Ihnen?‹, fragt der Ergotherapeut in die Runde. ›Es gibt Sicherheit‹, beantwortet er seine eigene Frage, als nach etwa einer halben Minute niemand geantwortet hat und alle auf den Boden oder unverwandt aus dem Fenster schauen, und nickt bestimmt. ›Viele Menschen haben zum Beispiel Einschlafrituale. Ich schaue zum Beispiel noch Fernsehen bevor ich einschlafe, andere lesen ein Buch oder trinken eine heiße Milch. Struktur gibt Sicherheit und Orientierung.‹ Ein Nutzer gibt zu bedenken: ›Alltag hat aber auch etwas Schweres. Wenn man zum Beispiel aus dem Urlaub kommt, kann einen der Alltag leicht überfordern.‹ ›Das haben Sie gut gesagt‹, lobt der Ergotherapeut. ›Ich würde sagen, auch nach einer Krankheit ist es schwer, wieder in den Alltag zu kommen. Dafür ist die Ergotherapie da, um diesen Einstieg wieder zu erleichtern.‹

›Was können Sie denn von der Station mit nach Hause nehmen?‹ fragt der Herr Lichter. ›Die Tagesstruktur‹, antwortet eine Nutzerin. ›Hier gibt es einen festen Tagesablauf, den kann ich mitnehmen.‹ ›Was können sie aus der Kochgruppe lernen?‹, fragt Herr Lichter nachdem niemand etwas ergänzen zu wollen scheint und beantwortet nach einem Moment der Stille seine eigene Frage mit: ›Dass Mahlzeiten wichtig sind.‹ Unvermittelt setzt eine Patientin an: ›Wenn man keine Arbeit hat, fühlt man sich minderwertig. Man ist nur wertvoll, wenn man Geld verdient und das wieder umsetzt. Sie brauchen einen nur als Käufer, nicht als Menschen‹, sagt sie mit fester Stimme doch gesenktem Blick. Ein paar Köpfe nicken stumm, doch die Mehrheit starrt in die Leere, aus dem Fenster oder zu Boden. Herr Lichter nickt und sagt in die Stille hinein: ›Ein ausgewogener Alltag ist wichtig.‹ Die Gruppe reagiert nur noch vereinzelt mit einem kurzen Nicken oder Lächeln.

›Der Sinn des Alltags ist es, mit Menschen in Kontakt zu treten‹, wagt Herr Lichter einen erneuten Versuch, doch ein Großteil der Gruppe scheint mit den Gedanken woanders zu sein, tritt weder nonverbal noch verbal in Kontakt zu ihm oder anderen. Nach einem Moment schließt Herr Lichter die Runde mit einem Hinweis auf die anschließende Ergotherapie mit der Feststellung: ›Alltag ist was ganz Wichtiges.‹ [Feldnotiz 02.04.2013]

Die Sequenz aus der Morgenrunde verweist darauf, wie wichtig der Begriff »Alltag«<sup>5</sup> für ergotherapeutisches (Be-)Handeln ist und wie eng verwoben diese mit »Routinen« im Sinne fester zeitlich-räumlicher Tagesstrukturen, »Materialität« und »Produktivität«, das heißt Objektumgang und -herstellung, ist.

Herr Lichter umschreibt das zentrale Ziel der Ergotherapie, »Handlungsfähigkeit im Alltag« (Deutscher Verband der Ergotherapeuten 2007) (wieder-)herzustellen, indem er sagt, dass diese dabei helfen soll, wieder in einen »Einstieg in den Alltag finden«. Eine vertiefende Analyse dieser Sequenz erfolgt im empirischen Teil dieser Arbeit (vgl. 68). Zunächst verwende ich sie als Verweis auf die Frage, wie die ergotherapeutischen »Alltagskönnen«<sup>6</sup> darauf hinarbeiten, ihre Nutzerinnen zu »Alltag« zu befähigen sowie auf die Rolle meines diesbezüglichen *disconcertments*. Denn »Alltag« wird von der Ergotherapie zu einer Fähigkeit erhoben, der nicht mehr allen barrierefrei zur Verfügung zu stehen scheint und von Expertinnen gelehrt werden muss. Zudem impliziert der von Herrn Lichter benutzte Begriff »Einstieg in den Alltag« eine alleinige Verortung von »Alltag« außerhalb der Klinik und wirft damit die Frage auf, ob es dementsprechend keinen für die Ergotherapie relevanten klinischen Alltag gibt und wie der »Alltag« den Nutzerinnen abhandeln konnte.

Ich werde im Folgenden versuchen, ein besseres Verständnis für die ergotherapeutischen »Alltagsbefähigungspraktiken« anhand von ethnografischen Daten aus meiner Feldforschung in zwei deutschen Kliniken zu entwickeln.

---

5 Zur Unterscheidung von »Alltag« mit und ohne doppelte Anführungszeichen vgl. 57.

6 Eine verbreitete Selbstbezeichnung der Ergotherapie, wie es der Untertitel einer der auflagenstärksten Fachzeitschriften für die deutschsprachige Ergotherapie »Ergopraxis – Ergotherapie für Alltagskönnen« suggeriert.

### 1.3 IN DER WERKSTATT FORSCHEN – ZUGÄNGE ZUM FELD

Im Zeitraum von mehr als drei Jahren (März 2012-April 2015) habe ich mich in mehreren mehrmonatigen Feldforschungsphasen (zusammengenommen etwas über zwölf Monate) dieser und weiterer Fragen durch praxeografische, teilnehmende Beobachtungen und ein Dutzend ergänzende praxistheoretische Interviews mit den Ergotherapeutinnen und Nutzerinnen vor Ort sowie zwei Fokusgruppeninterviews mit Nutzerinnen der Stationen genähert. Vertiefend darstellen werde ich den praxeografischen Ansatz der Arbeit im Kapitel Praxeografie des »Alltag« (vgl. 89ff.), dieser Abschnitt dient daher nur einem kurzen Einblick zu den methodischen Zugängen sowie den Feldern selbst sowie einigen hierfür relevanten Vorüberlegungen.

Die in der Eingangssequenz vorgestellte Werkstatt Herrn Lichters sowie Herrn Zieglers Ergotherapieraum aus dem zweiten Forschungsfeld sind die hauptsächlichen Orte, an denen ich teilnehmende Beobachtungen während der an allen Wochentagen stattfindenden neunzigminütigen ergotherapeutischen Gruppenaktivitäten durchgeführt habe. Herr Lichter ist Ergotherapeut einer allgemeinspsychiatrischen Station, Herr Ziegler arbeitet auf einer gerontopsychiatrischen Station. Einmal wöchentlich findet in beiden Ergotherapien die Kochgruppe statt, in Herrn Lichters Fall zudem eine wöchentliche Backgruppe. Die Räume sind mit rund 40m<sup>2</sup> etwa gleich groß und bieten ähnlich vielfältige Betätigungsmöglichkeiten an. Während Herrn Lichters Ergotherapiewerkstatt allerdings außerhalb der Station gelegen ist und daher vom Stationsalltag abgetrennt und nur während der Ergotherapieeinheiten verwendet wird, liegt Herrn Zieglers Ergotherapieraum mitten in der Station und ist zudem nur durch eine Glaswand vom Stationsflur getrennt. Die Koch- beziehungsweise Backgruppe führt Herr Lichter an der Kochinsel im großen Aufenthaltsraum auf der Station durch, während es am Arbeitsort Herrn Zieglers diese Möglichkeit nicht gibt und im Ergotherapieraum gebacken wird.<sup>7</sup>

Die zwei Stationen können je rund zwanzig Nutzerinnen aufnehmen, sind für die stationäre (geronto-)psychiatrische Versorgung der Einwohnerinnen ihres jeweiligen Bezirks beziehungsweise Kreises verantwortlich. Beide sind Teile von Kliniken, die mehrere andere medizinische Fachbereiche sowie eine Rettungsstation beherbergen. Behandelt werden Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters

---

7 Beziehungweise alles hierfür vorbereitet, der eigentliche Backvorgang findet dann in einem, den Nutzerinnen unzugänglichen Raum hinter dem Mitarbeiterinnenzimmer statt.

und Gesundheitszustands (also von akuter Krise bis zur Entlassung), die aufgrund unterschiedlichster Diagnosen und Beschwerden stationär aufgenommen wurden. Die Allgemeinpsychiatrie Herrn Lichters behandelt mit der Ausnahme von vornehmlich Suchtkranken, für die es eine Spezialstation gibt, Menschen mit allen psychiatrischen Störungsbildern, unter anderem Depressionen, psychotische oder bipolare Störungen, Belastungsstörungen, Angst-, Persönlichkeits-, Ess- und Borderline-Störungen aber auch und häufig Nutzerinnen mit mehreren Diagnosen zugleich. Als gerontopsychiatrische Station ist der Arbeitsort Herrn Zieglers hingegen auf psychiatrische Erkrankungen des Alters spezialisiert, das heißt neben den oben genannten Störungen leidet ein Großteil der Nutzerinnen unter demenziellen Erkrankungen sowie zusätzlich unter anderen altersbedingten körperlichen Gebrechen.

Obwohl »Alltagsbefähigungspraktiken« ein wichtiger Teil ergotherapeutischen Handelns sind, bilden sie nicht die Gesamtheit ergotherapeutischen Tuns ab. Nicht nur deshalb ist die vorliegende Arbeit keine Berufsethografie der Ergotherapie. Auch lege ich den Fokus nicht auf allein auf die Ergotherapeutinnen oder ihre Perspektive auf ihre professionelle Praxis. Vielmehr bemühe ich mich um eine konsequente Praxisperspektive, die Behandelnde, Behandelte und dabei zum Einsatz kommenden Objekte in die Analyse miteinbezieht.

In der Beforschung von Praktiken und soziomateriellen Arrangements in der Psychiatrie sind zwei Aspekte stets mitzudenken: Die behandelten Nutzerinnen sind aufgrund einer, in den meisten Fällen schwerwiegenden und akuten psychiatrischen Beeinträchtigung auf der Station. Durch diese vulnerable Lebenssituation ist der Datenschutz besonders relevant. Deshalb sind alle Namen und Orte pseudonymisiert beziehungsweise anonymisiert worden. Auch die Beschreibung des Umfelds verbleibt so vage wie möglich. Zudem habe ich in jeder Behandlungssituation erneut das mündliche Einverständnis aller Anwesenden eingeholt und mich während meiner teilnehmenden Beobachtung in Achtung der Rückzugsräume der Nutzerinnen fast durchgängig auf die therapeutischen Räume, das heißt die ergotherapeutische Werkstatt, begrenzt.<sup>8</sup>

Abgesehen von der Forschungspraxis spielt die spezifische aktuelle Situation einer Gruppe der Forschungspartnerinnen auch für die Datenanalyse selbst eine große Rolle. In der vorangestellten Sequenz über die Morgenrunde wirken viele der Nutzerinnen wenig aktiv, unmotiviert bis apathisch. In vielen Fällen wird der

---

8 Eine Ausnahme stellt die Beobachtung und Analyse der Koch- und Backgruppe, dem »Stützpunkts« in dem die Dokumentation stattfindet (159) sowie Interviews mit Nutzerinnen auf ihren Zimmern dar.

Klinikaufenthalt für die Anpassung oder Ansetzung von Psychopharmaka verwendet. Die Nutzerinnen stehen deshalb im Gegensatz zu Herrn Lichter, mir und den anderen Mitarbeiterinnen, unter dem Einfluss starker und oft sedierender Medikamente.<sup>9</sup>

Auch aufgrund des spezifischen Feldzugangs über die jeweilige Klinikleitung ist die vorliegende Arbeit »sehr ergotherapeutisch«, da ich durch den engen Kontakt mit den Behandelnden und vielzähligen Kooperationen mit Ergotherapeutinnen und Forscherinnen aus den *Occupational Science* (vgl. 44) in der interdisziplinären Lehre und im Rahmen von Publikationen<sup>10</sup> deutlich mehr über ergotherapeutische Perspektiven weiß als über die Sicht der Nutzerinnen. Auf diese For-

---

9 Würde die konkrete Morgenrunde die gesamtdeutsche Statistik abbilden, würde zudem rund jede zehnte Nutzerin dieser Morgenrunde nicht freiwillig Teil des Gesprächs sein, da sie »untergebracht nach PsychKG« sind, das heißt aufgrund einer gerichtlichen Anordnung, basierend auf dem Psychisch Kranken Gesetz, gegen ihren Willen stationär behandelt werden. Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG, §15, Absatz 2) sieht vor, dass eine psychisch erkrankte Person nur gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik »untergebracht werden [kann], wenn und solange durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten eine gegenwärtige und erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit oder für besonders bedeutende Rechtsgüter Dritter besteht und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.« Diese Zwangsunterbringung erfolgt stets zeitlich begrenzt und muss spätestens nach 24 Stunden gerichtlich angeordnet worden sein. (Berliner Vorschrifteninformationssystem 2016) Verlässliche Statistiken zur Anzahl der Unterbringungen nach PsychKG gibt es nach wie vor nicht, groben Schätzungen zufolge werden bundesweit an zwischen zwei und acht Prozent der psychiatrisch stationär behandelten Patientinnen Zwangsbehandlungen durchgeführt, Zwangsbehandlungen wie Fixierungen oder Isolierungen betreffen sogar etwa jede zehnte Nutzerin. (Vgl. Henking and Bruns 2015, 25)

10 Während meiner Arbeit an dieser Studie habe ich zwei interdisziplinäre Seminare, teilweise in Kooperation mit der Professorin für Ergotherapie Silke Dennhardt, in der Studentinnen der Ergotherapie, Physiotherapie und Europäischen Ethnologie zusammen (und vor allem untereinander kennen-)lernten, durchgeführt. Zudem habe ich durch Vorträge auf ergotherapeutisch-betätigungswissenschaftlichen Fachkonferenzen und einen Beitrag für ein ergotherapeutisches Methodenhandbuch immer wieder versucht, meine Zwischenergebnisse zurück in die Praxis und Forschung zurückzuführen und im Rahmen eines Artikels für ein Fachjournal mit zwei *Occupational Scientists* meine Forschung auch für ihre Disziplin versucht fruchtbar zu machen. (Mewes, Elliot, und Lee 2017, Perkhofer et al. 2016)

schungsperspektive, die nicht unbedingt der klassischen Fokussierung und Solidarisierung auf die vermeintlich Schwächeren oder Subalternen im Feld entspricht, werde ich im Folgenden noch eingehen. (Vgl. 57ff.)

Die vorliegende Arbeit versteht sich zudem auch als Anstoß und Beitrag für eine weitere ergotherapeutisch-betätigungswissenschaftliche Theorienbildung, zu den nach wie vor nur selten in den Blick genommenen »Alltagsbefähigungspraktiken« der Ergotherapie in Deutschland. Das in den Praktiken verankerte und produzierte ergotherapeutische Alltagsverständnis, wie also *Betätigung* »in den Alltag kommt« und sich in ihm verorten lässt, ist bisher »kaum expliziert« und »nach wie vor untertheoretisiert«. (Marotzki 2004, 76) Ethnografie, Praxeografie und ethnologische Alltagskonzepte stellen meines Erachtens sinnvolle Methoden und Perspektiven dar, um diese Forschungslücke zu verkleinern.

Doch mindestens genauso viel kann die Europäische Ethnologie von den gelebten wie konzipierten Alltags und »Alltagsbefähigungspraktiken« der (psychiatrischen) Ergotherapie lernen, verweisen sie doch auf die soziomateriellen Voraussetzungen von »Alltag« als Praxis und erweitern so den Blick auf »Alltag«, der allzu oft schlicht als gegebener und voraussetzungsloser Handlungsraum menschlichen Daseins konstruiert wird. (Vgl. 68ff.)

Diese doppelte Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist vor allem meinem größten Anliegen geschuldet, dass beide Disziplinen, *Occupational Science* (vgl. 44) beziehungsweise Ergotherapie und Europäische Ethnologie, die über so ähnliche Fragestellungen nachdenken doch – zumindest im deutschsprachigen Raum bisher nur selten im Kontakt zueinander stehen – sich ihrer Ähnlichkeiten bewusst werden, um von diesen Gemeinsamkeiten, wie ihren Unterschieden (!), zu lernen und profitieren.

## **1.4 SPRACHE IST (BE-)HANDLUNG – SPRACHLICHE REGELUNGEN**

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der männlichen Form verzichtet. Ich möchte deshalb ausdrücklich darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der weiblichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll. Das generische Femininum scheint sich hinsichtlich des Forschungsfeldes zudem besonders zu eignen, da etwa 85 Prozent der behandelnden Ergotherapeutinnen in Deutschland Frauen\* sind.

Insbesondere in dermaßen von asymmetrischen Machtverhältnissen durchzogenen und Feldern wie der Psychiatrie ist Sprache beziehungsweise eine angemessene Bezeichnung auch insbesondere der Behandelten relevant. Die Debatte über

die ethisch »richtige« Bezeichnung für Menschen, die wegen (psychiatrischer) Krisen oder Erkrankungen in stationärer Behandlung sind, wird seit einigen Jahren vielfältig und teilweise erbittert geführt. Sollten die Behandelten als Patientinnen, Nutzerinnen, Kundinnen, Erfahrene, Betroffene, Kranke oder Expertinnen in eigener Sache angesprochen werden?<sup>11</sup> (Kloiber 2000)

In der ergotherapeutischen Fachliteratur hat sich die Bezeichnung »Klient« beziehungsweise »Klientin« (lat. CLIENS: Anhänger, Schützling, Vasall, Höriger) in den letzten Jahren zunehmend gegenüber dem des »Patienten« beziehungsweise der »Patientin« (lat. PATIENS: erdulden, ertragend) durchgesetzt. Als Grund wird hierfür ein therapeutisches Verständnis von den Behandelten als aktive Therapiepartnerin und nicht als passive Hilfeempfängerin genannt. Während die Bezeichnung »Klientin« einen Menschen bezeichne, »der die professionellen Dienste anderer in Anspruch nimmt« und das Recht habe »Informationen zu verlangen und seine Meinung frei zu äußern« würde der Begriff »Patientin« für jemanden stehen, der Hilfe sucht und dem gesagt wird, was er zu tun hat ..., an dem gehandelt wird«. (Herzberg 1990, 35 in: Sumsion 2002, 35-36, Scheepers, Steding-Albrecht, und Jehn 2006, 200)

Auch für die, in ihrer Disziplin sehr angesehene, kanadische Betätigungswissenschaftlerin Elizabeth Townsend spricht sich klar gegen die Bezeichnung »Patient« oder »Patientin« aus:

»To start with, we might refer to persons, clients, residents, members, or some other active designation rather than call people patients or cases. We can respect and invite people to participate as active agents in shaping their own lives, even when we think people are too young, old, naive, or incompetent. People surprise us.« (Townsend 1998, 170)

Die niederländische Medizinanthropologin Annemarie Mol stellt sich die Frage nach den Konsequenzen dieser Übertragung neoliberaler Konzepte in die Gesundheitsversorgung. Der Begriff »Klientin« suggeriere, dass Patientinnen ihre Versorgung wie jede andere handelsübliche Dienstleistung käuflich erwerben würden. (Vgl. Mol 2008, 14) Doch, so fragt Mol, profitieren Patientinnen wirklich davon, in Klientinnen verwandelt zu werden? (Vgl. ebda.) Klientinnen würden als aktiver

---

11 »Expertin in eigener Sache« ist eine besonders in der (psychiatrischen) Selbsthilfebewegung beliebte Bezeichnung. (Vgl. Mewes 2012)

als Patientinnen wahrgenommen werden<sup>12</sup>, die über ihre Behandlung allein entscheiden und das diesbezügliche Angebot durch ihre Nachfrage kontrollieren. Ihre Nachfrage würde nicht hinterfragt, schließlich sei der »Kunde König«. Doch die Verantwortung zu tragen, kann eine Last sein, zumal in der Ausnahmesituation einer akuten Erkrankung. (Vgl. Mol 2008, 16) Mol plädiert daher für die Rückeroberung des Begriffs Patientin. Hierfür solle es eine Bewegung, den patientism, der dem Feminismus nicht unähnlich sei, bilden. Es ginge nicht darum, möglichst genauso zu sein oder behandelt zu werden, wie eine Gesunde (Klientin oder Bürgerin), sondern möglichst achtsam und gleichberechtigt.

»While citizenship is a way of celebrating autonomy, patientism is about exploring ways of shaping a good life.« (Mol 2008, 41)

Im Feld selbst ist hingegen sowohl durch die Behandelnden als auch als Selbstbezeichnung der Behandelten die Bezeichnung »Patient« beziehungsweise »Patientin« weiterhin am gebräuchlichsten (vgl. Townsend 1998, 177). Die einzigen Personen, die in meiner Anwesenheit von »Klient« beziehungsweise »Klientin« sprachen, waren zwei sich noch in Ausbildung befindlichen Praktikantinnen.

Deshalb werde ich, wenn es um die Bezeichnung im Feld oder die möglichst wortgetreue Wiedergabe in den Feldnotizen das Wort »Patientin« verwenden, für alle anderen Fälle entweder generell von Nutzerinnen (der stationären Versorgung) oder Teilnehmerinnen (des jeweiligen ergotherapeutischen Gruppenangebots) schreiben. Der Begriff »Nutzerin«, eine Übertragung des vor allem in Großbritannien verwendeten »service user« soll den emanzipativen Anspruch und meinen Wunsch an eine machtsensible und egalitäre Psychiatrie und psychiatrische Ergotherapie unterstreichen. Meines Erachtens verschiebt die Bezeichnung »Nutzerin« den Fokus auf die Nutzung eines sich sowohl sozial wie auch material konstituierenden Angebots, im Gegensatz zur alleinigen Unterstreichung der sozialen Beziehung zwischen Ergotherapeutinnen und Klientinnen. Ob die Verwendung des Begriffs angemessen ist, mag die Leserin nach dem empirischen Teil dieser Abhandlung selbst entscheiden. Im historischen Überblick habe ich die jeweils gängigen oder aus meiner Sicht passendsten Bezeichnungen der jeweiligen Epoche verwendet.

---

12 Laut der deutschen Soziologin Stefanie Duttweiler ist beiden Begriffen hingegen gemeinsam, »dass sie die in ihnen gemeinten Rollen als passivisch auszeichnen: erdulend, hörig, bedürftig.« (Duttweiler 2007, 121)



## 1.5 ÜBERSICHT DER KAPITEL IM EINZELNEN

Die vorliegende Praxeografie zu den »Alltagsbefähigungspraktiken« in der psychiatrischen Ergotherapie erscheint zu einer Zeit, in der sich das Berufsfeld (und mit ihm das aller nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe) in Deutschland in einem wichtigen Umbruch befindet. Rund hundert Jahre nachdem mit der weltweit ersten institutionalisierten Ausbildung von Ergotherapeutinnen begonnen wurde<sup>13</sup> und mehr als zehn Jahre nach dem Aufbau der ersten grundständigen Studiengänge<sup>14</sup> für Ergotherapie werden momentan deutschlandweit stetig neue Studienstandorte ins Leben gerufen.

Um die Spezifik der Ergotherapie in der Psychiatrie besser verstehen zu können, ist es wichtig auf die doppelte Stellung des Fachbereichs zu verweisen. Denn obwohl sie, ähnlich wie in anderen Gesundheitsberufen sowie der Medizin nicht zu den attraktivsten Fachbereichen für (zukünftige) Arbeitnehmerinnen gehört<sup>15</sup>, liegen die historischen Wurzeln der Ergotherapie in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Zudem ist sie einer der größten Fachbereiche innerhalb der Ergotherapie und in fast jeder deutschen psychiatrischen Einrichtung sind Ergotherapeutinnen tätig. Deshalb scheint sich eine Ethno- beziehungsweise Praxeografie ergotherapeutischer »Alltagsbefähigungspraktiken« in der Psychiatrie besonders anzubieten.

---

13 In Jahr 2017 fanden daher vielzählige Feierlichkeiten zum 100. Jahrestag der Ergotherapie statt, insbesondere in den USA, von denen diese Institutionalisierung der Ausbildung ausging. (American Occupational Therapy Association 2017)

14 Laut Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen des deutschen Wissenschaftsrats bestünde ein Bedarf von 10 bis 20 Prozent akademisch ausgebildeten Fachkräften in diesem Bereich. (Deutscher Wissenschaftsrat 2012) Der Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe kritisiert dies als zu niedrig. Im Jahr 2016 wurde die Modellphase zur Etablierung der Studiengänge von Bundestag und –rat dennoch entgegen jeder Kritik um weitere vier Jahre verlängert. (van Laak 2017)

15 Für die Ergotherapie liegen hierzu meines Wissens keine Studien vor, es handelt sich also um eine Einschätzung der hierzu befragten Ergotherapeutinnen. In einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2014 gaben nur 3,6 Prozent der befragten Medizinstudentinnen an, nach ihrem Studium in der Psychiatrie oder Psychotherapie tätig werden zu wollen. Der Fachbereich gehörte hiermit mit der Augenheilkunde sowie der Dermatologie zu den unbeliebtesten. Über 40 Prozent sagten sogar, dass die Psychiatrie und Psychotherapie für sie »definitiv nicht in Frage« käme. (Jacob, Kopp, und Schultz 2014, 36-37)

(1) Nach der Einleitung werde ich (2) anhand von ausgesuchten Strömungen in der historischen Entwicklung der psychiatrischen Ergotherapie versuchen, die »Alltagsbefähigungspraktiken« und hierin implizierenden Alltagsvorstellungen in den jeweiligen Epochen sowie die Entwicklung zur heutigen Berufspraxis nachzuzeichnen. Trotz der Fokussierung auf die Entwicklung in Deutschland wird hierbei deutlich, dass die Skizzierung einer »deutschen Ergotherapie« wenig sinnvoll ist, handelt es sich doch um ein seit jeher genuin internationales sowie interdisziplinäres Berufsfeld.

Im historischen Abriss werde ich das aus Frankreich und Großbritannien stammende *moral treatment*, die ursprünglich britische *arts-and-crafts*-Bewegung sowie das US-amerikanische *habit training* als maßgebliche Meilensteine zur Entwicklung des Berufsfelds definieren. Zudem werde ich die parallelen Entwicklungen in der Medizin, die sogenannte aktivere Krankenbehandlung des Psychiaters Hermann Simons sowie die Institutionalisierung der Ergotherapie in Deutschland nach 1945 zusammenfassend beschreiben. Einen besonderen Fokus werde ich hierbei auf die jeweiligen gesellschaftlichen Vorzeichen der Epoche und die Auswirkungen auf die Vorstellungen von »Alltag« und daraus resultierende therapeutische Konzepte legen. Die von mir entwickelten Kategorien »Routinen«, »Materialität« und »Produktivität« werden in diesem Teil bereits als wesentlich für ergotherapeutischen »Alltag« herausgearbeitet. Erst aus der historischen Verlaufsskizze formuliere ich erste Ansätze für die zentralen Fragestellungen aus dem Feld selbst.

(3) Im dritten Kapitel werde ich diese Fragestellungen mithilfe eines Blicks auf die Diskurse der Alltags- und Praxisforschung aus meiner eigenen und angrenzenden sozialwissenschaftlichen Disziplinen weiterentwickeln. Die Möglichkeiten und Grenzen von »Alltag« und »Praxis« als Forschungskategorien soll das nach wie vor klaffende Forschungsdesiderat der weitgehend impliziten »Alltagsbefähigungspraktiken« verdeutlichen und die Frage aufwerfen, was es für »Alltag« bedeutet, wenn dieser als an Fähigkeiten gebunden verstanden wird. Was passiert also mit »Alltag«, wenn man ihn plötzlich können muss? Nach diesem methodisch-theoretischen Überblick über den Forschungsstand zu »Alltag« und »Alltagsbefähigungspraktiken« in beiden Fachrichtungen werde ich im letzten Unterkapitel die zentralen Fragestellungen dieser Studie weiter konkretisieren können. Die im historischen Abriss vorgestellten »Routinen«, »Materialität« und »Produktivität« werde ich in diesem Abschnitt als analytische Forschungskategorien weiter ausarbeiten.

(4) Warum mir eine Annäherung an die Frage nach den »Alltagsbefähigungspraktiken« am besten mit einem systematischen Blick auf eben diese Praktiken gelingen könnte, soll im vierten Kapitel zur Praxeografie des »Alltags«, das heißt

zum praxeografischen Forschungszustand erläutert werden und anhand von Beispielen bisheriger praxeografischer Studien aus der Wissenschafts- und Technikforschung dargelegt werden.

Durch die Fokussierung auf die drei analytischen Kategorien ist eine sehr besondere Auswahl von ethnografischen Daten entstanden. Einerseits stellt sie meiner Ansicht nach eine durchaus exemplarische Auswahl dar. Andererseits sind es aber oft die problematischen oder unsicheren Situationen von Verhandlungen oder Missverständnissen, in denen sich die diese besonders gut herausarbeiten lassen.

(5) Im fünften (und ersten empirischen) Kapitel beschäftige ich mich mit »Routinen« als zentrale analytische Kategorie zur Beforschung der »Alltagsbefähigungspraktiken« in der psychiatrischen Ergotherapie. Routinisierung, die zu Teilen in diesem Kontext mit zeitlich-räumlicher Normalisierung gleichgesetzt werden kann, ist ein zentraler Aspekt stationärer psychiatrischer Behandlungsansätze.

Die Psychiatrie wird hierbei als Ort konzeptualisiert, der einerseits von sehr starken Restriktionen von Raum und Zeit und Bemühungen, die Nutzerinnen in Routinen zu synchronisieren, geprägt ist. Andererseits bietet sie aber auch andere Routinen an, als sie in den außerklinischen Privatalltagen der Nutzerinnen dominieren und in der Ergotherapie als Therapie mit größtem Alltagsbezug nur selten explizit zur Sprache gebracht werden. Darüber hinaus werde ich die Frage nach der grundsätzlichen Erlernbarkeit von Routinen, insbesondere während der kurzen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Nutzerinnen auf der Station, stellen sowie das Problem der Übertragbarkeit von Routinen von der Klinik in den Privatalltag aufwerfen. Hierfür werden Routinen als strukturierende und entlastende Automatismen fördernde Praktiken verstanden, deren Verortung, Zeitlichkeit sowie Grenzen näher beleuchtet werden.

(6) Das sechste Kapitel widmet sich der zweiten analytischen Forschungskategorie »Materialität«. Objekte sind für die Ergotherapie sowohl als Therapiemittel (Werkzeug) als auch Therapieziel (im Sinne eines Produkts) von zentraler Bedeutung. Ich werde daher versuchen, die Praktiken der »Alltagsbefähigung« in der psychiatrischen Ergotherapie aus den hierbei eingesetzten und hergestellten Objekten selbst heraus zu verstehen und hierbei möglichst detaillierten Beschreibungen und Analysen zu verwenden. Hierbei kann ich auf einen vielfältigen und fundierten ethnologisch-sozialanthropologischen Diskurs aufbauen, für den »Materialität« seit jeher einen wichtigen Forschungsgegenstand darstellt. Anhand möglichst repräsentativer Studienbeispiele aus der Sozialstatistik, klassischen volkskundlich-sozialanthropologischen und objektbiografischen Ansätzen und den Material Culture Studies sowie neueren materialen Ansätzen soll die Entwicklung der

Objektforschung in den letzten Dekaden nachgezeichnet werden um die menschlichen und materiellen Praktiken der »Alltagsbefähigung« in meinem Feld zusammen denken zu können.

(7) Zum Abschluss des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit werde ich mich im siebten Kapitel mit dem spezifischen Verständnis von »Produktivität« und dieser als analytische Kategorie zur Beforschung der Alltagsbefähigung in der Ergotherapie beschäftigen und hierbei Ergotherapie als therapeutische Praxis, die sich weder als *care* noch *cure* verorten lässt, definieren. Hierfür werde ich die Spezifik ergotherapeutischen tinkerings erläutern, die die Nutzerinnen durch soziomaterielle Improvisationen zu einem autonomeren Alltag führen soll und hierbei auf ein besonderes Alltagsverständnis und die damit assoziierte »Produktivität« und »Leistungsanforderung« verweisen.

(8.1) Da die vorliegende Arbeit zwar zunächst und vorrangig eine europäisch-ethnologische Studie ist und dementsprechend Ergebnisse zu einem besseren Verständnis der zu den soziomateriellen Voraussetzungen der »Alltagsbefähigungspraktiken« in der psychiatrischen Ergotherapie leiste möchte, werden die zentralen Ergebnisse im achten Kapitel erneut zusammenfassend diskutiert werden. Hierbei wird es unter anderem darum gehen, die analytischen Forschungskategorien »Routinen«, »Materialität« und »Produktivität« zusammenzudenken und die Möglichkeiten ausloten, ob diesbezügliche Aussagen und Ergebnisse in andere, nicht-psychiatrische oder nicht-klinische Kontexte zu treffen.

(8.2) Aufgrund der engen Kooperation mit den behandelnden Ergotherapeutinnen im und um das Feld sowie der noch jungen Disziplin der *Occupational Science* beziehungsweise Betätigungswissenschaften hoffe ich, dass zudem ergotherapeutisch-betätigungswissenschaftliche Leserinnen auf diese Studie stoßen werden und auf ihre Weise von meinem ›fremden‹ Blick profitieren werden. Für sie habe ich die, aus meiner Perspektive, für die Praxis sowie weitere Theoriebildung besonders relevanten Ergebnisse in einem gesonderten Ergebnisteil zusammengestellt.

Ein ›Leseverbot‹ der jeweiligen anders ›disziplinierten‹ Abschnitte besteht selbstverständlich nicht – schließlich habe ich trotz einigem und nicht nur anfänglichen *disconcertment* gegenüber den materialen und sozialen Praktiken in der psychiatrischen Ergotherapie doch zahlreiche, fruchtbare und hoffentlich in der Zukunft weiter auszubauende Schnittstellen und ›Gedankenbrücken‹ zwischen Europäischer Ethnologie und Ergotherapie sowie vor allem ihrer Bezugswissenschaft, der *Occupational Science* entdecken können. Beide Disziplinen treibt doch vor allem die Frage danach um, wie Menschen »Alltag« und »Praxis« machen– und andersherum.

## 2. Vorstellung des Felds und erste Fragestellungen

---

Um mich den »Alltagsbefähigungspraktiken« und hierin implizierenden Alltagsvorstellungen in der psychiatrischen Ergotherapie zu nähern, werde ich zunächst die historische Entwicklung der psychiatrischen Ergotherapie in Deutschland anhand ausgesuchter zentraler Strömungen – dem *moral treatment*, der *arts-and-crafts*-Bewegung, dem *habit training* sowie der Verbindungen mit den parallelen Entwicklungen in der Medizin, der aktiveren Krankenbehandlung Hermann Simons sowie der Institutionalisierung der deutschen Ergotherapie nach 1945 – skizzieren sowie daraus resultierende implizite Alltagsvorstellungen und Behandlungsansätze zur Befähigung zu »Alltag« diskutieren.

Dieser Abschnitt soll unterstreichen, dass einerseits die zentrale Annahme einer gesundheitsfördernden Wirkung von Betätigung und Arbeit auf den Alltag von psychisch erkrankten Menschen grundsätzlich seit der Antike Bestand behalten hat. Andererseits haben die gesellschaftlichen Vorzeichen jeder Epoche Auswirkungen auf die Vorstellungen von »Alltag« und als notwendig erachteten »Alltagsfähigkeiten«. Diese wiederum haben die jeweiligen therapeutischen Zugänge in den unterschiedlichen »Perfomanzbereichen« der Ergotherapie maßgeblich beeinflusst. Mit »Perfomanzbereichen« sind die Betätigungsfelder gemeint, die durch die psychische Erkrankung der Betroffenen von sich oder anderen als defizitär beurteilt werden und im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung gefördert (aber auch eingefordert) werden. Diese werden in »Produktivität«, »Selbstversorgung« und »Freizeit« eingeteilt. Der Fokus der Ergotherapie richtet sich also auf alle Lebensbereiche, in denen »ein Individuum in einer bestimmten räumlich-kulturell sozialen Umwelt aktiv beteiligt ist und durch diese Betätigung in Interaktion mit anderen tritt.« (Scheepers, Steding-Albrecht, und Jehn 2006, 197) Davon abweichend konzentriere ich mich auf die analytischen Praxiskategorien »Produktivität«, »Routinen« und »Materialität«, da sie für die »Alltagsbefähigungspraktiken« von besonderer Bedeutung zu sein scheinen.

Im Anschluss werde ich aus den Überlegungen zur historischen Entwicklung der Profession abzuleitende erste Fragestellungen zu den »Alltagsbefähigungspraktiken« in der heutigen psychiatrischen Ergotherapie formulieren um diese in der folgenden theoretischen wie methodischen Einführung mit Hilfe ausgewählter sozialwissenschaftlicher Ansätze aus der Alltags- und Praxisforschung zu erweitern. (S. 57ff.) Auf Grundlage des Forschungsstands zum Konzept »Alltag« und »Alltagsbefähigungspraktiken« in beiden Feldern werde ich im letzten Unterkapitel die zentralen Fragestellungen dieser Studie heraus entwickeln.

## **2.1 HISTORISCHER ABRISS DER ERGOTHERAPIE IN DER PSYCHIATRIE**

### **2.1.1 Forschungsstand zur Geschichte der deutschen Ergotherapie**

Die Entwicklung der Ergotherapie ist eng mit der Psychiatrie verbunden und lässt sich hinsichtlich ihrer Methoden in zwei grundsätzliche Strömungen unterteilen: Unter dem Einsatz kreativer, handwerklicher, lebenspraktischer und kognitiv übender Tätigkeiten soll einerseits die Gesamtpersönlichkeit der Behandelten gefördert werden, welches als »Beschäftigungstherapie« bezeichnet wird. Die Beteiligung und Förderung psychisch Kranker im Rahmen von Arbeitsverrichtungen und berufsmäßigen Tätigkeiten wird unter dem Namen »Arbeitstherapie« zusammengefasst. (Vgl. Kubny-Lüke 2009, 9)

Diese doppelte Schwerpunktsetzung ist mit inhaltlichen Auseinandersetzungen innerhalb der Profession und der Außenwahrnehmung des Berufsbildes verbunden. Obwohl sich beide Strömungen in der Praxis oft vermischen, in der Arbeit an den Nutzerinnen also Methoden aus arbeits- wie beschäftigungstherapeutischen Traditionen zum Einsatz kommen und die offizielle Berufsbezeichnung »Arbeits- und Beschäftigungstherapie« im Jahr 1999 zur »Ergotherapie« zusammengeführt wurde und nunmehr seit fast zwei Dekaden von einem Berufsverband vertreten wird, gibt es nach wie vor Stimmen, beide Strömungen als voneinander unabhängige Berufsbilder zu behandeln. (Vgl. Marotzki 2004, 76 Fußnote 34)

Zudem war und ist die deutsche Ergotherapie geprägt von einem Spannungsfeld zwischen einem Selbstverständnis als eigenständiger, sich nur interdisziplinär zu verortender therapeutischer Fachberuf und der nach wie vor verbreiteten (Außen-)Wahrnehmung als ein der Medizin zuarbeitender, weitgehend adjuvanter Hilfsberuf ohne eigene theoretische Konzepte. (Vgl. Reuster 2006, 5) Der Kampf um diesbezügliche Deutungshoheit wird neben den aktuellen berufspolitischen

Debatten im Zuge der fortschreitenden Akademisierung auch im Rahmen der bisher erfolgten historischen Aufarbeitung zu den Wurzeln, der Entstehung und Entwicklung der Profession geführt, die ich im Folgenden kurz nachzeichnen werde.

Bislang wurde zur Geschichte des jungen Berufsfelds im deutschsprachigen Raum vergleichsweise wenig publiziert. (Marotzki 2004, 14, Reuster 2006, 20) Einige Lehrbücher zur Ergotherapie, wie die des Orthopäden und ehemals wichtigen Fürsprechers der Arbeitstherapie in der Deutschen Demokratischen Republik, Wolfgang Presber<sup>1</sup> und des Onkologen Wilfried de Nève (Presber und de Nève 1997) sowie das von Praktikerinnen mitunter als »Bibel der Ergotherapie« bezeichnete Lehrbuch der Ergotherapeutin und ehemaligen Vorsitzenden des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten Clara Scheepers-Assmus und anderen (Scheepers, Steding-Albrecht, und Jehn 2006) enthalten jedoch historische Abschnitte. Dies trifft auch für die drei, in den letzten Jahren erschienenen wissenschaftliche Monografien über die deutsche Ergotherapie der Ergotherapeutin und Psychologin Ulrike Marotzki, der Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerin Ursula Walkenhorst sowie des Psychiaters Thomas Reuster zu. (Walkenhorst 2007, Reuster 2006, Marotzki 2004)

Die einzige Monografie, die sich bisher ausschließlich mit der Geschichte der Ergotherapie in Deutschland auseinandersetzt, ist ein im Auftrag des Berufsverbands Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) entstandener Band des Geschäftsführers des Diakonie-Kollegs Hannover<sup>2</sup> Manfred Marquardt, der sich schwerpunktmäßig mit den berufspolitischen Perspektiven auf die (bundesrepublikanische) Entwicklung des Berufes zwischen 1954 und 2004 beschäftigt. (Marquardt 2004)

Ulrike Marotzki, die im Jahr 2001 auf die erste Professur für Ergotherapie an einer deutschen Hochschule berufen wurde<sup>3</sup>, begründet diese lückenhafte histori-

- 
- 1 Wolfgang Presber war seit 1980 Leiter des Rehabilitationszentrums Berlin-Buch, dem zentralen Forschungsinstitut des Fachbereichs in der DDR. Presber gilt zudem als zentrale Figur in der Erarbeitung von Grundlagen für die Ausbildung von Arbeitstherapeuten in der DDR.
  - 2 Das Stephansstift Diakonie-Kolleg Hannover ist eine Bildungseinrichtung für Fachkräfte der Sozial- und Gesundheitsberufe.
  - 3 Seit 2001 gibt es einen ersten deutschen sechssemestrigen dualen Bachelor-Studiengang für die Berufe Ergotherapie/Physiotherapie und Logopädie an der Fachhochschule Hildesheim. Im Folgenden kamen weitere Studienangebote an der FH Osnabrück (2001) und Alice-Salomon-Hochschule in Berlin (2004) hinzu. (Marquardt 2004, 179-180)

sche Aufarbeitung damit, dass »die bisherige deutschen Ausbildung an Berufsfachschulen und die starke Praxisorientierung des Berufes [...] für eine kritische und über historische Fakten hinausgehende reflexive Auseinandersetzung mit dem Beruf keinen Raum« gelassen habe. (Marotzki 2004, 15) In einem Abschnitt ihrer Monografie »Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung – Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie« stellt sie diesen Chronologien eine sprachlich wie argumentativ präzise Analyse der Entwicklung ergotherapeutischer Therapiekonzeptionen entgegen, die »als Resultat eines geschichtlichen und geografischen Wanderungsprozesses einer Berufsidee zu verstehen sind.« (Marotzki 2004, 15) Im Gegensatz zu anderen, oft lokal gedachten bis deutschümelnden Schriften, versteht sie die Ergotherapie als eine Disziplin, die durch zahlreiche Einflüsse aus der Medizin, der Gesellschaft und Kunst interdisziplinär sowie eine, oft durch einzelne Praktikerinnen vorangetriebene, internationale Ausrichtung geprägt sei. Diese vielfältigen Beeinflussungen standen in konstanter Wechselwirkung mit den therapeutischen Zielen und Praktiken, welche einen Einblick auf die jeweilig abzuleitenden impliziten Alltagskonzeptionen beziehungsweise als hierfür notwendig erachteten »Alltagsfähigkeiten« der Epoche zulässt.

Der folgende Abschnitt konzentriert sich auf die Entwicklung und den weiteren Verlauf der Forschungskategorien »Produktivität«, »Handwerk/Materialität« und »Routinen« und ihren impliziten Vorstellungen von »Alltag«, welches sowohl der Konkretisierung der Fragestellungen dienen soll als auch eine vertiefende Auseinandersetzung mit den empirischen Daten zu den »Alltagsbefähigungspraktiken« ermöglicht.

### **2.1.2 *Moral treatment* – Produktivität als therapeutisches Mittel**

Die Idee, dass von der Anwendung der Beschäftigung und Arbeit als Behandlung von Kranken und Behinderten therapeutischer Nutzen hervorgeht, fand bereits in der Antike Verbreitung (Presber und de Nève 1997, 2, Marotzki 2004, 16). Von einer systematischen Auseinandersetzung und Ableitung therapeutischer Behandlungskonzepte kann aber erst deutlich später, im Rahmen des sogenannten *moral treatments* beziehungsweise der Moralischen Behandlung ausgegangen werden. (Vgl. ebda. Kielhofner 2009, 17) Im ausgehenden 18. Jahrhundert und beginnenden 19. Jahrhundert setzten sich u.a. die Mediziner<sup>4</sup> Philippe Pinel (1745-1826) in

---

4 In dieser Zeit kann von ausschließlich männlichen Vertretern der akademischen Medizin ausgegangen werden.



Frankreich und John Conolly (1794-1866) in England als psychiatrische Anstaltsleiter für die Beschäftigung beziehungsweise Arbeitstätigkeit der Insassinnen<sup>5</sup> ein. Ihre zentralen Forderungen waren von den religiösen Überzeugungen der englischen Quäkerbewegung beeinflusst und sahen die Abschaffung von Zwangsbehandlungen und die Verbesserung der Lebensumstände der bisher oft mangelernährten und meist kontinuierlich angeketteten und in großen dunklen Räumen vegetierenden Insassinnen vor. (Vgl. Presber und de Nève 1997, 2, Reuster 2006, 22, Laws 2011, 3) Die humanistisch geprägte *Moral-Treatment*-Bewegung verband die Idee eines von Zwangsmitteln und körperlicher Züchtigung freien, auf Achtung beruhenden Umgang mit den Insassinnen von Irrenanstalten mit einem neuen medizinisch-psychiatrischen Verständnis von ›Irrsinn‹ oder ›Wahnsinn‹ als ein moralischer beziehungsweise charakterlicher und hiermit durch die ›richtige‹ Lebensführung und Produktivität beeinflussbare Störung der Seele. (Vgl. Kielhofner 2009, 17) Die Bewegung fand Verbreitung in Europa wie Nordamerika (vgl. Kielhofner 2009, 17) wird weitestgehend unisono als der zentrale historische Vorläufer der Profession der Ergotherapie (in Deutschland) beschrieben (vgl. Presber and de Nève 1997, 2, Reuster 2006, 22, Scheepers, Steding-Albrecht, und Jehn 2006, 11, Walkenhorst 2007, 57). Das *moral treatment* markierte den Bruch mit dem vorrangigen Ziel der Verwahrung psychisch Kranker zur systematischen psychosozialen Versorgung. In etwa zeitgleich entstanden in mehreren europäischen Orten kleinere, meist familien- oder gemeindebetriebene Einrichtungen in ländlicher Umgebung, die Lebensverhältnisse boten, die im krassen Gegensatz zu den sonst verbreiteten, Gefängnissen nicht unähnlichen Großanstalten standen. (Vgl. Laws 2011, 3) So wurden im Rahmen der Bewegung, wie Ursula Walkenhorst es zusammenfasst, »erste Zusammenhänge zwischen Handlungen / Betätigungen und Gesundheit gesehen und in therapeutische Aktivitäten umgesetzt.« (Walkenhorst 2007, 57) Ulrike Marotzki konstatiert dass »Arbeit als Mittel der Therapie einerseits von krankhaften Ideen ablenken, andererseits die vorhandenen Energien in gesunde und sozial akzeptierte Bahnen lenken« sollte. (Marotzki 2004, 18) Der Begründer des *moral treatments* in Frankreich beschrieb »die streng durchgeführte mechanische Arbeit« als das »sicherste Mittel zur Erhaltung der Gesundheit, der Ordnung und der guten Sitten« in den Anstalten. (Pinel, zit. nach Harlfinger 1964 zitiert nach Reuster 2006, 24) Die Insassinnen wurden in Arbeiten des Anstaltsablaufs wie Gartenarbeiten oder das Kochen eingebunden, mancherorts

---

5 Aufgrund der menschenunwürdigen Lebensumstände in den Anstalten dieser und darauffolgender Epochen erscheint mir die Terminologie »Insassinnen« hier treffender als die der »Patientinnen«.

wurden umliegende Felder gepachtet, deren Bewirtschaftung zur Versorgung von Insassinnen wie dem Personal beitrug. (Vgl. Reuster 2006, 24)

Der therapeutische Einsatz von Arbeit und deren weitgehende Gleichsetzung mit Produktivität und »Alltagsfähigkeit« war von Anfang an von Ambivalenzen geprägt: Im *moral treatment* wirkten die humanistischen Werte zur Achtung der Menschenwürde und normativ geprägten Vorstellungen einer sozial akzeptierten Lebensführung und ein damit verbundener Produktivitäts- und Leistungsanspruch zugleich. Zwischen im Wortsinn niedergelegten Ketten und durch die erwerbsarbeitsähnlichen Betätigungen und hiermit einhergehenden neu gewonnenen Handlungsspielräume und Möglichkeiten zur Partizipation für die Insassinnen innerhalb der Anstalt einerseits und der Forderung nach verwertbarer Arbeitskraft und Anpassungsleitung des Einzelnen an die Gemeinschaft andererseits. Die arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Ansätze im Rahmen des *moral treatments* wird daher die Rolle eines ergotherapeutischen Prä-Paradigmas im Kuhn'schen Sinne gewertet und gilt bis heute als sehr einflussreiche Vorgängerin der Ergotherapie, verlor allerdings aufgrund des rasanten Wachstums der Asyle zu Großkrankenhäusern mit meist über 1000 Betten, Personal- und Materialmangel im praktischen Behandlungsalltag zunehmend an Bedeutung. (Vgl. Kielhofner 2009, 17)

Das *moral treatment* verband zusammenfassend die Betonung auf Rationalität (als Erbe der Aufklärung), der aufblühenden kapitalistischen Logik des Eigeninteresses sowie der durch Prüderie und Selbstkontrolle geformten religiösen Ethik der Quäkerbewegung. Psychisch Kranke sollten diesem Verständnis nach als rationale Wesen behandelt werden und dazu aufgefordert werden, sich dementsprechend zu verhalten um ihre Erkrankung durch die Verhaltensänderung und gesteigerte Selbstdisziplin zu heilen. (Vgl. Laws 2011, 3)