

einsprüche

*Bodo Zeuner/Jochen Gester/
Michael Fichter/Joachim Kreis/
Richard Stöss*

**Gewerkschaften und
Rechtsextremismus**
Anregungen für die
Bildungsarbeit und die
politische Selbstverständigung
der deutschen Gewerkschaften
Band 19 – 2007 – 143 Seiten – € 14,90
ISBN 978-3-89691-590-0

Kristina Isabel Schwarte

**Embedded Journalists –
Kriegsberichtserstattung
im Wandel**

Band 18 – 2007 – 136 Seiten – € 14,90
ISBN 978-3-89691-591-7

Aram Ziai

**Zwischen Global Governance
und Post-Development**
Entwicklungspolitik aus
diskursanalytischer Perspektive
Band 17 – 2006 – 172 Seiten – € 15,30
ISBN 3-89691-592-0

Jürgen Meier

„Eiszeit“ in Deutschland
Band 16 – 2005 – 186 Seiten – € 15,30
ISBN 3-89691-593-2

Joscha Wullweber

Das grüne Gold der Gene
Globale Konflikte
und Biopiraterie
Band 15 – 2004 – 188 Seiten – € 15,30
ISBN 3-89691-594-0

Mathias Brodkorb

Metamorphosen von rechts
Eine Einführung in Strategie
und Ideologie des modernen
Rechtsextremismus
Band 14 – 2003 – 182 Seiten – € 14,90
ISBN 3-89691-595-9

Christoph Görg/Ulrich Brand (Hrsg.)

**Mythen globalen
Umweltmanagements**
„Rio + 10“ und die Sackgassen
„nachhaltiger Entwicklung“
Band 13 – 2002 – 217 Seiten – € 15,30
ISBN 3-8691-596-7

Alain Lipietz

**Die große Transformation
des 21. Jahrhunderts**
Ein Entwurf der
politischen Ökologie
Übersetzt und mit einem Nachwort
versehen von Frieder Otto Wolf
Band 11 – 2000 – 192 Seiten – € 15,30
ISBN 3-89691-470-7

*Helga Cremer-Schäfer/
Heinz Steinert (Hrsg.)*

Straflust und Repression
Zur Kritik der populistischen
Kriminologie
Band 8 – 1998 – 282 Seiten – € 20,50
ISBN 3-8691-431-6

**WESTFÄLISCHES
DAMPFBOOT** 

Hafenweg 26a · 48155 Münster
Tel. 0251 3900480 · Fax 0251 39004850
e-mail: info@dampfboot-verlag.de
http://www.dampfboot-verlag.de

Heiner Keupp

Von der Verbetriebswirtschaftlichung psychosozialer Arbeit Warum wir unsere Sprachspiele ernst nehmen sollten

Anfang der 90er Jahre hat ein Kollege Deutschland Richtung China verlassen. Der Hang zum deutschen Selbstmitleid, nach der Wiedervereinigung noch verstärkt auftretend, ging ihm zunehmend auf die Nerven. Er hatte mehr als 40 Jahre soziale Arbeit hinter sich. Er war im Feld der Sozialpsychiatrie immer wieder als Motor von Reformentwicklungen hervorgetreten. In China hatte er eine tolle Chance, wieder Pionierarbeit zu leisten. Nun kommt er zurück und will wissen, was sich hier in Deutschland getan hat. Durch die Lektüre von deutschen Tageszeitungen und gelegentlich dem *Spiegel* hat er mitbekommen, dass es große Probleme mit hoher Arbeitslosigkeit, „neuer Armut“, wachsender Sozialhilfeabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen Gewalt oder mit der Sicherung von Renten gibt. Er will nun doch noch etwas genauer erfahren, welches die aktuellen fachlichen Diskurse im psychosozialen Feld sind. Ich gebe dem Kollegen das Kongressprogramm der „ConSozial“, der größten Sozialmesse in Deutschland, die jährlich im Messezentrum von Nürnberg stattfindet. Er fängt zu blättern an und stellt immer häufiger Fragen: Was ist ein vernetztes QM-System? Was ist Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 oder 9002? Was ist Qualitätscontrolling? Beschwerde-Management, Management-Informationssystem etc.? Was versteht man unter Modularisierung und Manualisierung? Und was verbirgt sich hinter dem Wortmonster „Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP)? Irgendwann gibt er auf und fragt mich, ob ich mich vielleicht geirrt hätte und ihm aus Versehen den Katalog einer betriebswirtschaftlichen Tagung gegeben hätte. Nein, antworte ich, dieser Katalog lädt zu einer großen Sozialmesse ein. Und ich fahre dann fort: 'Du darfst nicht vergessen, dass wir uns in einem dramatischen gesellschaftlichen Umbruch befinden. Du hast ja sicherlich von Individualisierung, Globalisierung und Pluralisierung gehört. Die 'fetten Jahre', in denen neue soziale Probleme durch Stellenmehrung bearbeitet wurden, sind vorbei. Die Auswirkungen tiefgreifender ökonomischer, technologischer und gesellschaftlicher Prozesse haben das Feld sozialer Arbeit längst erreicht.' Das war ihm nicht fremd. Er hatte ja Zeitungen gelesen. Er wusste die Stichworte aller unserer Krisen: Die Krise der sozialen Sicherung, der Arbeit, der Familie, der Pflege. Er wusste von Arbeitslosigkeit und fremdenfeindlicher Gewalt. Einige

dieser Themen erkannte er wohl im Programm von ConSozial wider. Aber seine Hauptfrage blieb: 'Habt Ihr in den 6 oder 7 Jahren, in denen ich in China war, eine ganz neue Sprache gelernt? Überall kommt der Begriff Qualität vor. Management hatte ich bisher in den Führungsetagen der Wirtschaftsbetriebe gesehen, was habt Ihr damit zu schaffen? Seid Ihr immer noch auf der Suche nach einer besseren psychosozialen Arbeit? Und gibt Euch diese neue Sprache auch eine bessere Handlungsbasis?'

'Überprüfe es selbst', gebe ich zur Antwort. Mein altgedienter Kollege greift sich ein Heft der *Neuen Praxis* und stößt auf einen - wie ich finde - lesenswerten Artikel mit dem Titel „Jugendamtsakteure im Steuerungsdiskurs“ (Schnurr 1998). Ohne eine Lektion in der neuen Sprache ist dieser Artikel nicht zu verstehen. Da werden z.B. einige „Fremdworte“ einfach vorausgesetzt: „managerialistischer Steuerungsdiskurs“, „Implementation marktförmiger Koordinierungs- und Steuerungsinstrumente“, „Output-Orientierung“, „Controlling“, „Contracting-Out“, „Produktbildungsprozess“ etc. Wenn ich selbst nicht mehr weiter weiß, greife ich zu dem „Pocket-Power“ „ABC des Qualitätsmanagements“ (Kamiske/ Brauer 1998). Das gebe ich dem zweifelnden Kollegen. Er blättert dieses Büchlein durch und stellt voller Zweifel die Frage, ob wir unsere eigene Fachlichkeit zugunsten betriebswirtschaftlicher Logiken preisgeben hätten? Es ginge doch letztlich um verbesserte fachliche Angebote für unterschiedliche Gruppen von Menschen, wende ich ein. Es reiche doch nicht, mit ideologisch wohlklingenden Vokabeln aus den 70er und 80er Jahren zu behaupten, dass wir gute Arbeit leisten würden. Wir müssten es auch gegenüber den Geldgebern und vor allem gegenüber unseren „Kunden“ nachweisen können. Und es sei doch immer wieder auch notwendig eigene Ziele und Leitbilder kritisch zu überprüfen. Um all diese wichtigen Fragen ginge es in der Qualitätsdiskussion. 'Und braucht ihr dazu diese neue Sprache?', fragt mein Gesprächspartner hartnäckig.

Die Diskursarena Qualität

Ist es gleichgültig, mittels welcher Sprache wir unsere berufliche Arbeitswelt charakterisieren? Der Germanist Uwe Pörksen (1988) schreibt in seinem Buch „Plastikwörter“:

„Es schwärmt seit einiger Zeit ein Trupp neuartiger Wörter aus ... dazu gemacht, der Zivilisation, die mit wachsender Geschwindigkeit den Erdball überzieht, die Schienen zu legen und die Bahn vorzuzeichnen. (...) Sie infizieren ganze Wirklichkeitsfelder und sorgen dafür, dass die Wirklichkeit sich auf sie, als ihren Kristallisationspunkt zuordnet.“

Spätestens seit Wittgenstein, Sapir/Whorf oder Chomsky wissen wir, dass unser Denken ganz wesentlich durch die von uns verwendete Sprache bestimmt ist. Mittels sprachlicher Konventionen konstruieren wir eine Welt geteilter Bedeutungen. Sie zeigen uns, was wichtig und unwichtig ist. Es ist also keinesfalls gleichgültig, welche Begriffe wir uns bedienen. Dazu noch einmal Pörksen:

Die Wörter „sind nicht isoliert, sondern zwischen ihnen gehen Fäden hin und her wie zwischen Knotenpunkten und insgesamt ergibt sich ein Netz, das unser Bewusstsein von der Welt überwölbt und vielleicht gefangen hält.“

Dieses Netz besteht aus Diskursen. Diskurse durchziehen unseren privaten und beruflichen Alltag und in ihrer spezifischen Mischung repräsentieren sie unsere Weltsicht. Diese Diskurse können in Konflikt zueinander geraten und wir müssen nach Kompromissen suchen. Und immer wieder können wir beobachten, dass einzelne Diskurse die Dominanz über andere anstreben. Das können wir in der aktuellen Qualitätsdebatte sehen. In ihr erkennen wir einen betriebswirtschaftlich dominierten Marktdiskurs. Er fragt nach einer effizienten Nutzung von Geldströmen und er wird in dem Maße bedeutsam, wie es um knappe Ressourcen geht, um die es Konkurrenzkämpfe gibt. An den Staat richten wir die Erwartung, dass er sich um sparsamen und verantwortlichen Umgang mit Steuergeldern bemüht, gerade in Zeiten knapper werdender Ressourcen. Und er setzt dabei auf betriebswirtschaftliche Instrumente, um seinen eigenen Legitimationsdruck zu reduzieren. Und er gibt sie weiter an die Träger sozialer Arbeit und deren Spitzenverbände. Die *Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung* (KGST) steht für diesen Transferprozess. Es bleiben aber weitere Diskurse, die ihr eigenes Recht haben. Das sind vor allem die fachlichen Diskurse von Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin oder Pflegewissenschaften. Und es gibt die Bürgergesellschaft, die sich immer mehr bemerkbar macht und in dem „dritten Sektor“ eine ganz eigene Gestalt gewonnen hat, ohne den das gesellschaftliche Innovationspotential nicht begriffen werden kann. Seine zentralen Orientierungspunkte sind Partizipation und Selbstgestaltung. Der betriebswirtschaftliche Diskurs macht die aktiven und selbstbewussten Bürgerinnen und Bürger zu „Kunden“ und nimmt sie in dieser Terminologie schon deutlich ernster, als dies in den traditionellen KlientInnen- oder PatientInnen Diskursen der Fall war. Aber BürgerInnen sind nicht nur KundInnen, die danach fragen, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis bei einer spezifischen Ware stimmt. In dieser Arena unterschiedlicher Diskurse darf es keine Dominanz geben, sondern erforderlich sind faire Aushandlungsprozesse zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen und ein Gespür für Grenzziehungen. Es darf sich keine „Dominanzkultur“ der Verfahrensrationalität gegenüber der Leitbildformulierung durchsetzen. Der notwendige Prozess der finanzbezogenen Vereinbarungen bedarf der Frage nach inhaltlichen Prioritäten. Die Transparenz über die Verteilung von Steuergeldern ist für einen modernen Staat unverzichtbar, aber die Verfahrensdurchsichtigkeit ist kein Selbstzweck. Sie bedarf einer engen Koppelung an inhaltliche Entscheidungen wie der Frage der sozialen Gerechtigkeit oder der Chancengleichheit. Ich möchte also für eine Wiedergewinnung der inhaltlich-substantiellen gegenüber einer Verfahrensrationalität plädieren, ohne dass deshalb die Fragen nach einer effizienten Organisationsform oder einer modernisierten Kameralistik entwertet würden.

Was also ist Qualität?

Was verstehen wir im Alltag unter Qualität? Normalerweise verwenden wir den Begriff, um etwas als gelungen zu bezeichnen. Da hat jemand sein ganzes Können gezeigt; da ist eine gute Gestalt erkennbar; da „sprechen“ unsere Sinne: etwas riecht oder schmeckt gut oder fühlt sich gut an; da spielen ästhetische Kategorien eine große Rolle. Haben wir nicht deshalb die zwei Begriffe von Qualität und Quantität, um damit etwas Unterschiedliches zum Ausdruck zu bringen? Handlungen und Dinge lassen sich als größer oder kleiner, als schneller oder langsamer, als leichter oder schwerer bestimmen und solche Daten brauchen wir z.B. um eine Leistung zu messen. In der Leichtathletik brauchen wir solche Maßstäbe, um Weltrekorde bestimmen zu können. Aber geht selbst in der Leichtathletik die Qualität eines Events in der gemessenen Leistung auf? Und wie ist es im Fußball? Natürlich ist das Ergebnis entscheidend, aber die Qualität eines Fußballspiels ist damit höchst unzureichend ausgedrückt. Im Eiskunstlauf, im Dressurreiten geht das schon gar nicht oder im Boxen. War Muhamed Ali deshalb der „Größte“, weil er die meisten Kämpfe siegreich bestanden, sie meist durch k.o. beendet hat? Hat er ja gar nicht. Der Größte war er für mich als Gesamtkunstwerk. Er hatte einen unnachahmlichen Stil, eine Ästhetik des Boxens entwickelt. Darüber hinaus war er politisch engagiert. Und er ist trotz seiner schweren Krankheit eine beeindruckende Persönlichkeit des öffentlichen Lebens. Das spezifische Gefüge sportlicher, persönlichkeitsprägender, politischer und moralischer Aspekte macht seine Qualität aus. Qualität hat also sehr viel mit Geschmack, mit Wertentscheidungen auf dem Hintergrund spezifischer Welt- und Menschenbilder zu tun.

Aber gehen wir in unseren eigenen Bereich. Joachim Merchel führt dazu aus:

„Qualität ist ein Konstrukt, das außerhalb gesellschaftlicher und persönlicher Normen, Werte, Ziele und Erwartungen nicht denkbar ist. Grundlage jeder Qualitätsdefinition in der Sozialen Arbeit ist deren ethische und normative Ausrichtung“ (Merkel 1998: 27).

Nichts gegen die „Optimierung von Verfahrensabläufen“, aber macht das die Qualität guter Praxis aus? Ebenso wenig, wie man menschliche Beziehungen begründen kann, lassen sich Beziehungen zwischen HelferInnen und KlientInnen gradlinig-strategisch durchrationalisieren. Sind es nicht gerade die Umwege, die Ambivalenzen, die „Kunst des Indirekten“, das Ermöglichen von Langsamkeit gegenüber dem gesellschaftlichen Druck auf eine zügige und standardisierte Lösung?

Qualität ist etwas, was jede/r HandwerkerIn, jede/r KünstlerIn oder jede/r Psychoproti anstrebt und das nicht erst seit es die Debatten um Qualitätssicherung, -management oder -entwicklung gibt. Jede Reform lebt von der gemeinsam geteilten Überzeugung, dass etwas nicht zum Besten steht und seine Qualität dringend verbessert werden muss.

Was hat denn die Psychiatriereformbewegung in den 60er und 70er Jahren in Schwung gebracht? Wir wollten nicht in einem System arbeiten, dessen Wirkung auf die davon Betroffenen so überaus negativ war. Wir wollten die Qua-

lität der psychosozialen Hilfen strukturell verbessern, um Menschen aus der psychiatrischen Internierung zu befreien. Befreiung, Emanzipation oder Förderung von Autonomie sind Aussagen über Qualität. Die Forderungen von Gemeindegene, Alltags- oder Lebensweltbezug waren Aussagen über eine heilsame Lebensqualitäten. Der Aufbau von therapeutischen Wohngemeinschaften, die Schaffung von Firmen für psychisch Kranke war der Versuch, für psychiatrisierte Menschen den Zugang zu wichtigen Bereichen eines qualitativvollen Lebens zu ermöglichen. Vom „Patienten zur Person“ war eine wichtige Zielperspektive. Die Kritik an dem traditionellen Versorgungssystem war die Kritik an einer spezifischen Verfahrensrationalität von Institutionen, deren „Prozess, Struktur- und Ergebnisqualität“ zu einer Dehumanisierung der Internierten führen musste. Aber Aussagen über Dehumanisierung sind politisch-moralische Aussagen.

Um dies aussprechen zu können, benötigen wir eine klare Sprache. Um Zustände ändern zu können, benötigen sie oft einer ausgesprochen politischen und moralischen Skandalisierung. Eine soziale Bewegung braucht solche starken Motive. Wahrscheinlich ließen sie sich teilweise trefflich auch in der Sprache der aktuellen Plastikwörter ausdrücken, aber sie wären um ihre Substanz betrogen.

Die Vorläufer davon haben ja auch ab 1975 die deutsche Psychiatriereformbewegung erreicht. Da war dann von „Standardversorgungsgebieten“ die Rede und wir haben uns eine Reihe von Technizismen aneignen müssen. Es war die Phase der aktiven Umgestaltung und die braucht in aller Regel einen Macherjargon, der eine instrumentell-technische Rationalität atmet. Darin sehe ich noch kein großes Problem. Jedenfalls dann nicht, wenn der Diskurs der inhaltlichen Ziele und Werte davon nicht usurpiert wird. Ohnehin bleiben Abläufe Verfahrensprozesse, die in Quantitäten ausgedrückt werden können. Die Qualität einer Handlung erschließt sich nur in der Gestalt des Handlungsablaufs, an den Zielen, die erreicht werden sollen und an der Ästhetik ihres Ergebnisses. Aber es gibt auch eine spezifische Ästhetik des Ablaufs, da machen sich die Mittel selbständig und können wahllos, indifferent oder opportunistisch gegenüber Zwecksetzungen werden oder sie erklären sich selbst zu den anzustrebenden Qualitäten.

Ich will dafür ein Extrembeispiel bringen. In dem Generationenkampf in der SPD Anfang der 80er Jahre glaubte Helmut Schmidt die guten alten deutschen Tugenden wie Pünktlichkeit, Fleiß, Sparsamkeit loben zu müssen. Oskar Lafontaine hat sie zu Recht als „Sekundärtugenden“ bezeichnet, die inhaltsneutral seien und deshalb auch für die KZ-Schergen gelten würden. Ein solches Denken in Kategorien des effizienten Machens, das gegenüber jedem Inhalt unberührt bleibt, hat Max Horkheimer als „instrumentelle Vernunft“ bezeichnet und sein Partner Theodor W. Adorno hat in der Studie zum autoritären Charakter die Prognose formuliert, dass in der Zukunft, die wir längst erreicht haben, der sog. „manipulative Charakter“ an Bedeutung und Verbrei-

tung gewinnen wird. Damit ist ein Menschentyp gemeint, der sich durch „Organisationswut, durch Unfähigkeit, überhaupt unmittelbare menschliche Erfahrungen zu machen, durch eine gewisse Art Emotionslosigkeit, durch überwertigen Realismus“ auszeichnet. Er ist „besessen vom Willen ..., Dinge zu tun, gleichgültig gegen den Inhalt solchen Tuns“ (Adorno 1969: 94).

Die Idee der Qualität entzieht sich möglicherweise dem Management vollkommen, denn sie zielt auf die Grundbeschaffenheit eines Phänomens und eine Wertung. In der Schöpfungsgeschichte schaute sich Gott sein Werk an und er fand es – nach mehreren „Nachbesserungen“ – „gut“. Gut kann so vieles sein: Etwas kann gut riechen, schmecken oder aussehen, sich gut anfühlen. Gut kann die zweckmäßige Form eines Gerätes oder Gebäudes sein, aber auch die verspielte und verschnörkelte Architektur. Gut kann es sein, wenn lästige Dinge (bei mir ist es die Verwaltung) ohne Zeitverschwendung und zügig abgewickelt werden. Gut kann ein Projekt aber auch sein, das eine Kultur der „Fehlerfreundlichkeit“ entwickelt hat, und das, so lese ich es in einem Protokoll¹ zum Thema Qualitätssicherung in Mütterzentren

„unkonventionelle und kreative Formen des Zusammenarbeitens“ entwickelt hat, „die die Flexibilität, den Zauber, die Lebendigkeit und die Kreativität der Mütterzentren ausmachen. Es geht nicht nur darum, wie effektiv funktioniert etwas, sondern wie fühlen sich die beteiligten Menschen dabei und gibt es ihnen Kraft und Ansporn, macht es Spaß? Die Flexibilität, das Sich-stören-lassen-können, das Improvisationstalent, die Bereitschaft Mitzudenken und Mitanzupacken, auch wenn man gerade nicht 'zuständig' ist, Team- und Kooperationsfähigkeit, das Jonglieren mit Unvorhersehbarem, die Kunst verschiedene Ansprüche und Anforderungen zu verbinden, Pläne umzuschmeißen und alles anders zu machen, wenn der Augenblick es erfordert etc. sind Fähigkeiten, die Mütter erlernen im Umgang mit Kindern“

und von diesen Fähigkeiten leben innovative Zentren. Im Mütterzentrum Salzgitter wurde

„ganz bewusst das Prinzip der 'langen Wege' eingeführt, die an verschiedenen Orten, die zum Verweilen und zur Begegnung auffordern, entlangführen als bewusste Gegenstrategie zum Zeitgeist, der sagt 'Schnell, schnell, Zeit ist Geld!'. Denn hier geht es um die Qualität von Nachbarschaftsbeziehungen und die braucht Begegnung, Zeit und Muße und alles andere als das Gefühl des Gehetztseins“ (DJI 1998).

Aus meinen bisherigen Überlegungen ziehe ich folgende Schlussfolgerung: Der so notwendige Diskurs über Qualität muss aus dem „stählernen Gehäuse“ der instrumentellen Vernunft, der sog. Sachzwänge, des Verfahrensfetischismus und der Geldlogik, jenem „Terror der Ökonomie“ (Forrester 1997) befreit werden. Vom „technologischen Selbstmissverständnis der Qualifikationsdiskussion“ spricht Norbert Struck, Jugendhilferferent beim Dachverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Struck 1999: 16). Dieses führe zum „Qualitätsautismus“, „bei dem die Frage verloren geht: Was ist gute und was ist schlechte Arbeit aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer unserer Dienste und Einrichtungen?“ (ebd.). Erst dadurch kann eine „Schmalspurrezeption der Quali-

tätsdiskussion“ (ebd.: 17) überwunden werden, die „Dokumentationsschikanen des von der Leitung exekutierten Qualitätssicherungssystems“ (ebd.).

Ein akzeptabler Qualitätsdiskurs braucht ganz andere Bezugspunkte. Zwei möchte ich vor allem herausheben: (1) Die Nicht-Hintergebarkeit der Subjekte und ihrer Lebensvorstellungen und Bedürfnisse und (2) die politisch-normative Dimension.

Zur Subjekthaftigkeit von Qualitätsstandards

Schon in der philosophischen Debatte wird die subjektive und objektive Dimension von Aussagen über Qualität betont. Aussagen zur Lebensqualität haben durchaus eine gesellschaftlich-objektive Seite, z.B. die Bestimmung von materiellen und sozialen Mindeststandards, über einklagbare Rechte auf Wohnung und körperliche und psychische Unversehrtheit. Solche Standards sind unabhängig von einer einzelnen Person zu formulieren. Aber darin geht Qualität noch nicht auf. Sie muss von der einzelnen Person erlebt und mitgestaltet werden können. Das meine ich damit, wenn ich davon spreche, dass die einzelnen Personen, um deren Lebensqualität oder eine Hilfeleistung es geht, mit ihren Lebensvorstellungen unterhintergebar sind. Sie müssen beteiligt werden. Sonst entsteht „fürsorgliche Belagerung“ oder Fremdkontrolle.

Auf einer Tagung von Klinischen PsychologInnen in der Psychiatrie des Landschaftsverbandes Rheinland hat Wolfgang Voelzke, Psychiatrie-Erfahrener aus Bielefeld, eine sehr klare Position zu unserem Tagungsthema formuliert. In seiner Einleitung heißt es:

„Sie merken vielleicht, dass ich nicht den Begriff der *NutzerInnen* verwandt habe, weil er den *Menschen* auf betriebswirtschaftliche Steuergrößen reduziert, es in der Psychiatrie selten eine echte Wahlmöglichkeit gibt und vor allem die *persönliche Begegnung*, die Basis jeder psychologischen Behandlung ist, damit ausgeblendet wird. Viele fühlen sich in der Psychiatrie weniger als 'Nutzer' als vielmehr benutzt. (...) Egal ob *Diagnosen* erstellt und entsprechende *Therapien* verordnet und durchgeführt werden, ob *Defizite*, Problemlagen oder Bedürfnisse festgestellt und dazu *adäquate* psychosoziale *Dienstleistungen* zur Lösung oder Besserung erbracht werden, immer haben Betroffene weitestgehend eine passive Rolle im Rahmen eines Über- bzw. Unterordnungsverhältnisses einzunehmen und auf die *Problemdefinitionen* und *Hilfen durch Profis* zu warten. Die Rolle der Betroffenen und die Machtverteilung erreichen nie die Qualität einer echten Partnerschaft. Dies muss sich ändern!“ (1998: 6).

Und schließlich fordert Wolfgang Voelzke:

„Begriff und Methoden der *Qualitätssicherung* gewinnen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. PsychologInnen sollten dabei auf wirkliche Qualität achten und darauf, dass *gleichberechtigte Beteiligung* und *Mitbestimmung von Betroffenen*, echte Partizipation von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen in ihrem Bereich umgesetzt werden. Dazu sollten sie Psychiatrie-Erfahrenen in ihre Arbeitsgruppen zur Qualitätssicherung einladen, damit die Betroffenen ihre Bedürfnisse und Forderungen unmittelbar darlegen können“ (ebd.: 13f.).

Gerade für die psychosozialen Professionellen, die sich als Teil der Reformbewegung des psychosozialen Feldes verstehen, ist dies der wichtigste Lernprozess der letzten Jahre. Wir haben kein Recht für die Betroffenen unserer Hand-

1 Ich danke Monika Jaeckel vom Deutschen Jugendinstitut (dji) für das Protokoll einer Diskussion zwischen MitarbeiterInnen des dji und den Mütterzentren Sendling und Neuhausen.

lungen zu definieren, was für sie gut und qualitativ ist. Dieses Handeln im „wohlverstandenen Interesse“, auch das rein „anwaltschaftliche Handeln“ birgt die Gefahr der Bevormundung, der „fürsorglichen Belagerung“. Notwendig ist vielmehr eine Perspektive, die Lebensouveränität und den „aufrechten Gang“ fördern, also eine Empowerment-Perspektive und die ist ohne weitestgehende Einbeziehung der Betroffenen nicht vorstellbar.

Die politisch-normative Dimension von Qualität am Beispiel von sozialer Gerechtigkeit

Jeder Versorgungsbeitrag in unserem Gesundheitswesen ist in seiner Qualität darauf hin zu prüfen, ob die Personengruppen, die der spezifischen Dienstleistung besonders bedürfen, davon auch den meisten Nutzen haben. Wie steht es da mit der Psychotherapie? Wie steht es mit der Passung von Nutzerbedürfnissen und psychotherapeutischen Angeboten? Diese Fragen haben in den 70er Jahren zu einem spezifischen Qualitätsdiskurs geführt: Wie könnte ein System psychosozialer Versorgung entwickelt werden, das für Menschen nach Bedarf und nicht nach sozioökonomischen Selektionsmechanismen erreichbar ist? Hierzu möchte ich einige Thesen anbieten:

Die Psychotherapie zeichnet sich durch eine zunehmende „Gesellschaftsvergessenheit“ oder „soziale Amnesie“ aus. Eine Re-Medikalisierung und ein therapeutischer Technizismus begünstigt eine Vernachlässigung von soziokulturellen Kontextvariablen. Von dem verbreiteten „context minimization error“ (Shinn/Toohey 2003) sind alle Fragen nach der Bedeutung von gesellschaftlichen Ungleichheitsrelationen betroffen.

Wenn wir drei Jahrzehnte zurückgehen, dann wird deutlich, dass unsere Prioritäten damals ganz andere waren. Im Zuge der StudentInnenbewegung war es für uns klar geworden, dass wir die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft radikal aufkündigen müssten. Wir waren davon überzeugt, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss. Die klassischen sozialepidemiologischen Befunde über die schichtspezifische Verteilung psychischer Störungen und die schichtspezifisch unterschiedlichen Chancen auf eine gute psychotherapeutische Behandlung schienen dafür beweisfähig zu sein. Sie zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die „gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft“ genannt hat. Auf der fachlichen Ebene ging es um die Rezeption der Forschungsbefunde, die die große Bedeutung sozialstruktureller Lebensbedingungen für die Entstehung und Bewältigung psychischen Leids aufzeigten (z.B. Gleiss/Seidel/Abholz 1973; Strotzka 1973; Keupp 1974). Reformüberlegungen und -maßnahmen für das System psychosozialer Versorgung waren von dem Reformanspruch bestimmt, durch spezifische Angebote

von Psychotherapie die Chancen für benachteiligte gesellschaftliche Schichten zu verbessern, Hilfe bei der Lebensbewältigung ihrer schwierigen Lebensbedingungen zu erhalten. In dieser Zeit wurde die klassische sozialepidemiologische Studie von Hollingshead und Redlich (1958) auch in Deutschland „entdeckt“ und übersetzt. Sie hatte ja so eindrucksvoll die Schere zwischen Bedarf und Nutzung aufgezeigt: Je gravierender die Zustände psychischen Leids sind, desto geringer ist offensichtlich die Chance auf eine gezielte Psychotherapie. Und genau in dieser Schere reproduziert sich das System gesellschaftlicher Ungleichheit: Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto größer ist das Störungsrisiko und desto geringer ist die Chance auf psychotherapeutische Hilfe. Die bewusste gesellschaftliche und professionspezifische Wahrnehmung dieser Schere hat zu einer Reihe von Initiativen in unterschiedlichen therapeutischen Szenen geführt, die die schichtspezifischen Benachteiligungen im Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten reduzieren sollten. Nicht nur die Reichen und Mächtigen, sondern insbesondere auch den Armen und Machtlosen sollten die unterstellten emanzipatorischen Potentiale von Psychotherapie zugänglich gemacht werden (für die Psychoanalyse seien genannt: Cremierus/Hoffmann/ Trimborn 1979; Menne/Schröter 1980; die Vertreter der Verhaltenstherapie haben bevorzugt auf Goldsteins (1977) „Strukturierte Lerntherapie“ verwiesen, die in der englischen Originalausgabe den programmatischen Untertitel „Toward a psychotherapy for the poor“ trug). In dieser historischen Periode einer erhöhten Sensibilität für gesamtgesellschaftliche Kontextbedingungen und für soziale Gerechtigkeit ist auch das psychotherapeutische Feld unter einem solchen Fokus reflektiert und diskutiert worden. Diesen historischen Rückgriff fasse ich in meiner zweiten These zusammen:

Die in klassischen sozialepidemiologischen Befunden nachweisbaren psychosozialen Konsequenzen sozialer Ungleichheit bzw. die „gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft“ waren in den 60er und 70er Jahren ein zentraler Grund dafür, die Reform der psychosozialen Versorgung voranzutreiben.

Diese Themen scheinen heute erledigt zu sein. Sind sie es von der Gegenstands- oder der Bewusstseinsseite? Ist das Thema soziale Ungleichheit aus dem fachlichen Aufmerksamkeitszentrum verschwunden, weil soziale Unterschiede an Bedeutung verloren haben und allmählich die „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“ entstanden ist, die schon von einigen konservativen Ideologen in den 50er Jahren verkündet worden war? Empirisch spricht für diese Deutung nichts. Plausibler dürfte die Erklärung sein, dass die Psychotherapie in ihrem Aufmerksamkeitsverlust für kollektive Lebenslagen in besonderem Maße an der Erosion kollektiver Erfahrungs-, Wahrnehmungs- und Erlebnisweisen teil hat, die auf die weitreichenden gesellschaftlichen Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse zurückzuführen sind. In diesen Prozessen wird nicht der objektiv ungleiche Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen aufgehoben, aber das gesellschaftliche Bewusstsein für diese Ungleichheit verändert sich. Ulrich

Beck hat dazu folgende These vorgelegt:

„Auf der einen Seite sind die Relationen sozialer Ungleichheit in der Nachkriegsentwicklung der Bundesrepublik weitgehend konstant geblieben. Auf der anderen Seite haben sich die Lebensbedingungen der Bevölkerung radikal verändert. Die Besonderheit der sozialstrukturellen Entwicklung in der Bundesrepublik ist der *'Fahrstuhl-Effekt'*: die 'Klassengesellschaft' wird *insgesamt* eine Etage höher gefahren“ (1986: 122).

Die aus der Not geborenen sozialen Netzwerke von Alltagsolidarität, die die schlimmsten Auswirkungen der gemeinsamen Klassensituation auffangen, sind in einem ausgebauten Wohlfahrtsstaat nicht mehr von absoluter Notwendigkeit. Hinzu kommen die vom Arbeitsmarkt geforderte hohe Mobilität und Flexibilität des einzelnen, die weitere wichtige Gründe für die zunehmende Individualisierung liefern.

„Es entstehen der Tendenz nach individualisierte Existenzformen und Existenzlagen, die die Menschen dazu zwingen, sich selbst – um des eigenen materiellen Überlebens willen – zum Zentrum ihrer eigenen Lebensplanung und Lebensführung zu machen“ (ebd.: 116f.).

Gerade für Disziplinen und Professionen, die sich mit dem Subjektiven beschäftigen, hat dieser Entwicklungsprozess besondere Bedeutung. Subjektive Prozesse, Freud und Leid, lösen sich aus dem „Schicksals-“ und „Bewältigungszusammenhang“ einer kollektiven Lebenslage:

„In den enttraditionalisierten Lebensformen entsteht eine *neue Unmittelbarkeit von Individuum und Gesellschaft*, die Unmittelbarkeit von Krise und Krankheit in dem Sinne, dass gesellschaftliche Krisen als individuelle erscheinen und in ihrer Gesellschaftlichkeit nur noch sehr bedingt und vermittelt wahrgenommen werden können“ (ebd.: 118).

Wenn sich Psychotherapie diese Zusammenhänge nicht vergegenwärtigt, ist sie in Gefahr, die gesellschaftlichen Erfahrungen der Subjekte ideologisch zu verdoppeln. Denn die gesellschaftlich ungleichen Zugänge zu gesellschaftlichen Ressourcen sind geblieben und damit die ungleichen Bedingungen für die Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Krisen und Belastungen. Hier schließt meine dritte These an:

Im Zuge einer allmählichen ideologischen Entsorgung der „Klassenfrage“ tat die konservative Formel von der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ ihre Wirkung. Hinzu kam der wohlfahrtsstaatliche „Fahrstuhleffekt“, der zwar nicht die Ungleichheitsrelationen aufgehoben hat, sie aber durch kompensatorische fiskalische Maßnahmen auf einem hohen sozialpolitischen Niveau aus dem Bewusstsein und der Sichtbarkeit von massenhafter Verelendung verdrängt hat. Schon in den 90er Jahren drehte sich der Wind. Zunächst begann man in den USA der sozialen Ungleichheit und ihren Konsequenzen für die individuelle Gesundheit große Beachtung zu schenken und auch in Deutschland entstehen wieder Forschungsprojekte, die sich vor allem mit dem Thema Armut und Gesundheit beschäftigen. Gerade in der allerletzten Zeit tauchen in der Literatur immer häufiger Forschungsberichte auf, die körperliche und psychische Gesundheit bzw. Krankheit mit sozialer Ungleichheit in Beziehung setzen (vgl. Mielck 2000; Helmert 2003; Robert-Koch-Institut 2005).

Auf der Basis sozialepidemiologischer Befunde ist auch der Zusammenhang von gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentwicklung beleuchtet worden. Der Blick auf unterprivilegierte gesellschaftliche Gruppen vermittelt ein eindrucksvolles empirisches Gegengift gegen die ideologische Beschwörung der ungeahnten Chancen, die jede und jeder in unserer Gesellschaft hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen und gestärkt und optimistisch aus Krisen und Belastungen hervorzugehen. Die neuere epidemiologische Forschung ist bei ihren Gemeindestudien auf ein Phänomen gestoßen, das als „Demoralisierung“ bezeichnet wurde. Es stammt von dem Psychotherapieforscher Jerome Frank und beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückter Grundstimmung geprägt sind. Für die USA liegen folgende Ergebnisse vor: Demoralisiert in dem beschriebenen Sinne wurde etwa ein Drittel der Bevölkerung eingeschätzt. Die Demoralisierungsrate von Frauen liegt um 10 % höher als bei Männern. Etwa die Hälfte der Angehörigen der untersten sozialen Schicht erwies sich als demoralisiert. Etwa die Hälfte des Bevölkerungsanteils, der als demoralisiert eingeschätzt wurde, wies klinisch auffällige Symptome auf. Bei dieser Gruppe hatten die verfügbaren Ressourcen offensichtlich nicht ausgereicht, um mit Lebensproblemen und Krisen produktiv umgehen zu können. Das Demoralisierungssyndrom bringt zum Ausdruck, dass eine erheblicher Teil der Bevölkerung für sich keinen Sinn mehr darin sieht, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Diese Personen lassen Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, dass sie wirksam etwas gegen diese unternehmen könnten (vgl. Keupp 1992). Auch die Suche nach psychotherapeutischen Hilfen ist durch dieses Gefühl, ja doch nichts ändern zu können, blockiert. Wenn wir die aktuelle Befundlage für die Bundesrepublik sichten, dann werden wir von einer Ergebnisflut überrollt, die in großer Nachdrücklichkeit die Bedeutung von sozioökonomischem Hintergrund und Gesundheit deutlich machen.

Die Armutforschung zeigt, dass Kinder und Jugendliche überproportional von Armut betroffen sind und Familien mit Kindern nicht selten mit dem „Armutsrisiko“ zu leben haben. Susanne Mayer hat es in der *Zeit* so zusammengefasst:

„In Deutschland sind Kinder zu 27 Prozent von Armut betroffen, das ist der zweithöchste Wert in Europa. Nur in Irland ist das Armutsrisiko der Kinder höher (28 Prozent), in Dänemark liegt es bei 11 Prozent. Widerfährt deutschen Kindern das Missgeschick, in einem Haushalt alleinerziehender Eltern zu landen, steigt ihre Chance, dass es äußerst ärmlich zugeht, auf 47 Prozent. Würden diese Kinder in Schweden bei Papa oder Mama leben, wären nur 19 Prozent von ihnen arm. Könnten Kinder sich ihr Geburtsland aussuchen, nun, Deutschland wäre vermutlich nicht die erste Wahl“ (*Zeit* Nr. 42 vom 9.10.2003).

Bei Einschulungsuntersuchungen zeigt sich, dass materielle Ungleichheit in den Lebensbedingungen und insbesondere die frühen Armutserfahrungen bei Kindern zum Zeitpunkt ihres Schulbeginns bereits dramatische Auswirkungen zeitigen.

Da materielle Ressourcen auch eine Art Schlüssel im Zugang zu anderen Ressourcen bilden, entscheiden sie auch mit über Zugangschancen zu Bildung, Kultur und Gesundheit. Hier liegt das zentrale und höchst aktuelle sozial- und gesellschaftspolitische Problem. Eine Gesellschaft die sich ideologisch, politisch und ökonomisch fast ausschließlich auf die Regulationskraft des Marktes verlässt, vertieft die gesellschaftliche Spaltung und führt auch zu einer wachsenden Ungleichheit der Chancen an Lebensgestaltung. Hier holt uns immer wieder die klassische soziale Frage ein. Die Fähigkeit zu und die Erprobung von Projekten der Selbstorganisation sind ohne ausreichende materielle Absicherung nicht möglich. Ohne die Chance auf Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozess in Form von sinnvoller Tätigkeit und angemessener Bezahlung ist es für Heranwachsende kaum möglich, Autonomie und Lebensouveränität zu gewinnen.

Gesundheitsbezogene Folgewirkungen von Leben unter Armutsbedingungen gehen durch alle Altersphasen und betreffen letztlich auch die Mortalität. Gerade zuletzt hat uns Karl Lauterbach eine erschreckende Wahrheit auf den Tisch gelegt: Nach einer Untersuchung des Kölner Gesundheitsökonomen und SPD- Abgeordneten benachteiligt die gesetzliche Rente Geringverdiener und sorgt für eine ungewollte Umverteilung von Arm zu Reich. Ursache der Schieflage sei die im Durchschnitt längere Lebenserwartung von Besserverdienenden. So bezögen Gutverdiener mit mehr als 4500 Euro im Monat im Schnitt mehr als 18 Jahre lang Rente. Normalverdiener mit einem Einkommen zwischen 2500 und 3500 Euro kämen hingegen auf eine Rentenlaufzeit von durchschnittlich 15 Jahren. Geringverdiener mit weniger als 1500 Euro erhielten sogar im Schnitt nur knapp elf Jahre Altersgeld. Etwa jeder Fünfte dieser Einkommensgruppe stirbt laut Lauterbachs Untersuchung sogar vor Erreichen der Altersgrenze. Bei den Gutverdienern sei dies nur jeder Zehnte.

Eine besondere Risikogruppe bilden alleinerziehende Mütter. Sie haben nicht nur das höchste Verarmungsrisiko, sondern sie haben bei allen gesundheitsbezogenen Daten eindeutig die ungünstigsten Werte. Die herausgehobene negative Spitzenstellung alleinerziehender Mütter reproduziert sich in den Gesundheitsstatistiken. Im Vergleich dieser Gruppe mit Müttern, die in einer Partnerschaft leben, zeigen sich deutlich mehr psychische Störungen. Aber auch im Gesamtspektrum psychischer und körperlicher Krankheiten ist die negative Spitzenstellung der alleinerziehenden Mütter eindeutig belegt.

Mit dem Blick auf diese spezielle Risikogruppe der Alleinerziehenden wäre allerdings der Schluss nicht legitim, die bloße Tatsache einer „vollständigen Familie“ wäre schon ein Schutz gegen Armut und die damit verbundenen Risiken. Pauschal wird gelegentlich davon gesprochen, dass Kinder allein schon ein Armutsrisiko bedeuten würden. Das gilt sicher so pauschal nicht wie unsere aktuelle Familienministerin demonstriert, aber einen starken Risikofaktor stellen Kinder in Kombination mit einer niedrigen Einkommenssituation al-

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

bitte
ausreichend
frankieren

Antwort
Verlag Westfälisches Dampfboot
Hafenweg 26 a

D - 48155 Münster



Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

bitte
ausreichend
frankieren

Antwort
Verlag Westfälisches Dampfboot
Hafenweg 26 a

D - 48155 Münster

„Die PROKLA ist eine der um Längen besseren Zeitschriften in dem ohnehin dünnen Marktsegment 'kritische Sozialwissenschaft', ... viele ihrer Beiträge ersetzen so manches Buch.“
Ingwer Schwensen Mittelweg 36 6/95

Die PROKLA erscheint viermal im Jahr und kostet im Abo jährlich € 33,00 (plus Porto) statt € 48,00. AbonnentInnen können bereits erschienene Hefte zum Abo-Preis nachbestellen (bis einschließlich Heft 109 für € 7,50, ab Heft € 110 für € 8,25). Das Abo kann jeweils bis 8 Wochen vor Jahresende schriftlich beim Verlag gekündigt werden.

Ich abonniere die PROKLA ab Heft _____

Name _____

Adresse _____

Neue AbonnentInnen erhalten ein Präsent aus nachstehender Liste.

Als Präsent für mein Abo wähle ich:

- Elmar Altvater: Die Zukunft des Marktes
- Oliver Brüchert/Christine Resch: Zwischen Herrschaft und Befreiung
- Sonja Buckel u.a. (Hrsg.): Formen und Felder politischer Intervention
- Marco Revelli: Die gesellschaftliche Linke
- Hanns Wienold: Empirische Sozialforschung

Mir ist bekannt, dass das Abo erst wirksam ist, wenn ich es gegenüber dem Verlag Westfälisches Dampfboot, Hafengeweg 26a, 48155 Münster nicht schriftlich innerhalb von 10 Tagen widerrufe.

Datum _____ Unterschrift _____

PROKLA • Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft

Lieferbare Hefte

- 118 Re-Regulierung der Weltwirtschaft
- 119 Chinesischer Kapitalismus
- 120 Ethnisierung und Ökonomie
- 124 Kapitalismus und Kriminalität
- 125 Globalisierung des Terrors
- 126 Eigentum und Wissen im digitalen Zeitalter
- 127 Neue Waffen – neue Kriege?
- 128 Peripherer Kapitalismus in Europa
- 129 Arbeit und Arbeitsmärkte
- 130 Gewerkschaften: Zur Sonne, zur Freiheit?
- 131 Korruptes Empire

- 132 Gesundheit im Neoliberalismus
- 135 Ressourcenkonflikte
- 138 Ökonomie des Konsums
- 139 Globale Ungleichheiten
- 140 Migration
- 141 Die Zukunft ist links!
- 142 Soziale Kämpfe in Lateinamerika
- 143 Die "Killing Fields" des Kapitalismus
- 144 Europa
- 145 Ökonomie der Technik
- 146 "Bevölkerung" – Kritik der Demographie
- 147 Internationalisierung des Staates
- 148 Betriebswirtschaftlich

- Ich bestelle die angekreuzten Hefte einzeln zum Preis von € 12,00; bis incl. Heft 141 € 10,50.
- Ich bin AbonnentIn der PROKLA und erhalte die oben angekreuzten Hefte zum Abo-Preis von € 8,25 (€ 7,50 bis incl. Heft 109) plus Porto
- Ich wünsche ein kostenloses Probeheft der PROKLA.
- Ich bin an der regelmäßigen Zusendung des Gesamtverzeichnisses interessiert.

Datum _____ Unterschrift _____

lemal dar. Ein guter Indikator zumindest für drohende Armutslagen stellen die Sozialhilfedaten dar. Hier zeigt sich, dass vor allem Kinder und Jugendliche mit wachsender Tendenz Sozialhilfeempfänger werden und damit Armutskarrieren gebahnt werden. Wichtig erscheint mir dann auch die Kombination von Bildungskapital und materiellem Kapital, da hat sich ganz im Sinne von Pierre Bourdieu eine fatale Koalition gebildet im Sinne einer doppelten Benachteiligung, die noch weiter ins gesellschaftliche Abseits verweist, wenn man das soziale Kapital berücksichtigt, das ja als Bewältigungsressource begriffen werden kann. Die Einbindung in soziale Netzwerke kann zwar der Ausgrenzungsgefahr entgegenwirken, doch die Ergebnisse zeigen, dass es nur selten gelingt, Armut oder Arbeitslosigkeit mit sozialem Rückhalt zu kompensieren. Gerade Bevölkerungsgruppen, die materiell benachteiligt sind und sozialen Beistand am nötigsten hätten, können nur selten darauf zurückgreifen. Hier gilt in dramatischer Weise das Mathäus-Prinzip „Wer hat, dem wird gegeben, wer nicht hat, dem wird genommen, was er hat“.

Neben den Alleinerziehenden und den Heranwachsenden erfasst der Blick, der sich auf Armuts- und Gesundheitsrisiken in unserer Gesellschaft richtet, zunehmend auch die Gruppe der MigrantInnen (Weilandt/Altenhofen 1997).

Meine vierte These lautet:

Die Bedeutung der sozioökonomischen Herkunft für die Verteilung von Lebenschancen holt uns auf Grund eines neoliberalen Politikregimes auf allen denkbaren Ebenen wieder ein, vor allem im Bildungsbereich und im Gesundheitsbereich. Es gibt eine Fülle von Daten, die für alle Altersphasen den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit aufzeigen.

„Ausgrenzung“ und „Teilhabe“ sind in der Debatte um soziale Ungleichheit zu Schlüsselbegriffen geworden. Dabei geht es um veränderte Formen sozialer Ungleichheit und um eine Zunahme von Risikogruppen. Soziale Ausgrenzung, das heißt Deklassierung und Isolation. Hat sich die Ungleichheitsforschung bisher wesentlich der Verteilung von materiellen Ressourcen gewidmet, so verweist der Ausgrenzungsdiskurs auf mehr als die Sicherung des Lebensstandards. Er bezieht sich umfassender auf eingeschränkte Teilhabechancen mit Blick auf soziale Rechte und etablierte Gerechtigkeitsnormen. Die Folgen von Arbeitslosigkeit und Armut für den gesellschaftlichen Zusammenhalt werden in den Mittelpunkt gerückt. Theoretische Debatten um soziale Ungleichheit kreisen somit nicht mehr nur um Verteilungsfragen, sondern widmen sich Aspekten der Zugehörigkeit und Integration (vgl. Böhnke 1995a,b; Kronauer 2002; Callies 2004; Bude 2004).

Weitere Auswertungen haben ergeben, dass nicht alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen vom Risiko sozialer Ausgrenzung betroffen sind. Langzeitarbeitslosigkeit und Armut gehen mit einer deutlichen Verschlechterung von Teilhabemöglichkeiten einher. Reichtum, Wohlstand und eine gesicherte berufliche Stellung führen zu einer überdurchschnittlichen Zufriedenheit mit der gesell-

schaftlichen Integration. Neben einem fehlenden Berufsabschluss und niedrigem Bildungsniveau sind auch unsichere Beschäftigung, Krankheit und hohes Alter Faktoren, die Erfahrungen von Marginalisierung mit sich bringen und verstärken. Die Einschätzung, außen vor zu sein, beruht auf Lebenssituationen, die neben starker materieller Benachteiligung Identitätsverlust und mangelnde Wertschätzung mit sich bringen. Nicht zu vergessen sind hier auch die Angehörigen derjenigen gesellschaftlichen Gruppen, die man früher „Reservearmee“ genannt hat: Zunehmend wieder die Frauen und noch mehr die MigrantInnen. „Reserve hat Ruh“ könnte man sagen und das bedeutet Abschluss aus dem „Kern“ unserer Gesellschaft.

In der schönen neuen Welt des flexibel und global agierenden Netzwerkkapitalismus ordnet sich die Welt nach ganz eigenen Kategorien der Zugehörigkeit und der Anerkennung des BürgerInnenstatus. Zygmunt Bauman (1992) hat es sehr eindrücklich beschrieben:

„Die postmoderne Welt des fröhlichen Durcheinander wird an den Grenzen sorgfältig von Söldnertruppen bewacht, die nicht weniger grausam sind als die, die von den Verwaltern der jetzt aufgegebenen Globalordnung angeheuert waren. Lächelnde Banken strahlen nur ihre jetzigen und zukünftigen Kunden an (...) Höfliche Toleranz gilt nur für diejenigen, die hereingelassen werden“ (ebd.: 317).

In seinem allerneuesten Buch mit dem vielsagenden Titel „Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne“ (2005) zeigt Bauman, dass die modernen kapitalistischen Gesellschaften ständig menschlichen Abfall produziert, Menschen die niemand braucht und die übersehen werden, obwohl die Gruppen immer größer werden: Ortlose MigrantInnen, Flüchtlinge und für „überflüssig“ gehaltene Menschen. Sie leben unter uns, aber gehören nicht dazu. Hier schließe ich meine fünfte These an:

Es geht darum, Ungleichheit mehrdimensional zu begreifen und nicht allein auf Armut zu reduzieren. Es geht um die zivilgesellschaftliche Vorstellung von sozialer Zugehörigkeit, Anerkennung und sozialen Rechten. Der Ungleichheitsdiskurs fokussiert deshalb auf Dimensionen wie „Ausgrenzung“ und „Teilhabe“ („Exklusion“ und „Inklusion“). Wir sind mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ein wachsender Teil der Bevölkerung als ausgeschlossen erlebt, „verworfenes Leben“ nennt das Zygmunt Bauman.

Wir haben gesehen, dass das „höchste Gut“ Gesundheit in unserer Gesellschaft höchst ungleich verteilt ist. Die Ursachen dafür werden in der Struktur des Gesundheitswesens, im Krankheits- und Gesundheitsverhalten und im Lebensstil gesehen. Damit lassen sich zweifellos einige wichtige verursachende Faktoren benennen. Der englische Gesundheitsforscher Richard G. Wilkinson (2001) hat mit einer gut belegten These Aufsehen erregt und eine intensive fachliche Diskussion ausgelöst:

„Unter den entwickelten Ländern weisen nicht die reichsten den besten Gesundheitszustand auf, sondern jene, in denen die Einkommensunterschiede zwischen Reich und Arm am geringsten sind“ (ebd.: XIX).

Wilkinson fragt sich, warum die Niederlande, Deutschland oder Österreich die gleiche durchschnittliche Lebenserwartung haben wie etwa Costa Rica oder Kuba, obwohl deren Pro-Kopf-Einkommen nur etwa ein Zehntel des Pro-Kopf-Einkommens der reichen Länder beträgt. Er kommt zu der Antwort, dass es nicht um einen objektiven materiellen Standard geht, sondern um die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft. Japan hat z.B. die geringsten Einkommensunterschiede und gleichzeitig die höchste Lebenserwartung. In Ländern wie England oder auch Deutschland ist zwar in den letzten Jahrzehnten der Lebensstandard gewachsen, aber gleichzeitig auch die Schere zwischen arm und reich immer größer geworden. Die skandinavischen Länder zeigen sehr viel geringere Unterschiede zwischen arm und reich als England und Wales, während dort die Sterbeziffern erhebliche Schichtunterschiede aufweisen. Die Gruppen mit der höchsten Sterblichkeit in Schweden weisen geringere Sterberaten auf als die höchste soziale Schicht in England und Wales.

Es ist also das Gerechtigkeitsdefizit, das aus der Sicht von Wilkinson die Länderunterschiede im durchschnittlichen Gesundheitsstatus erklären können. Aber der Epidemiologe geht weiter und begibt sich in das Revier der Gemeindepsychologie. Er stellt die These auf, dass

„gesunde, egalitäre Gesellschaften über einen größeren sozialen Zusammenhalt (verfügen). Das gemeinschaftliche Leben ist stärker ausgeprägt und nicht so leicht zu erschüttern. (...) Größere Ungleichheit bedeutet eine psychologische Last, die das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft beeinträchtigt. Aus den Verbreitungsmustern der modernen Krankheiten geht hervor, dass der entscheidende Punkt in diesem Zusammenhang nicht mehr länger der materielle Lebensstandard ist. Heute geht es vielmehr um die psychosoziale Lebensqualität, die durch materielle Gleichheit unterstützt werden muss“ (ebd.: XIX).

Eine in materielle Unterschiede zerfallende Gesellschaft verliert – so die These – ihren inneren Zusammenhalt, ihr „soziales Kapital“, ihre Solidaritätsressourcen, die eine entscheidende Voraussetzung für die individuelle Lebensbewältigung darstellten. Hierzu meine sechste These:

Von besonderer Bedeutung für den Gesundheitsstatus einer Population ist das gesellschaftliche Gerechtigkeitsdefizit. Gesellschaften, in denen die Schere zwischen arm und reich groß ist und größer wird, weisen besonders negative Auswirkungen auf den durchschnittlichen psychosozialen und gesundheitlichen Status der jeweiligen Bevölkerung auf. Hier handelt es sich nicht nur um ungleiche Zugänge zu materiellen Ressourcen, sondern auch um eine Bedrohung der Solidaritätsressourcen einer Gesellschaft. Diese makrosoziale Dimension verweist auf die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlich wirksamer politischer Interventionen hin.

Und ich schließe mit meiner letzten These:

Eine gesellschaftliche Initiative zur Überwindung von Ungleichheit sollte sich als konzeptuelle Basis den Ansatz der „Verwirklichungschancen“ (capability) von Amartya Sen als Grundlage wählen, der eine gedankliche Verknüpfung zum Empowerment-Konzept nahe legt. Das Konzept versteht unter Verwirklichung

chungschancen die Möglichkeiten oder umfassenden Fähigkeiten („capabilities“) von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt. Die Basis dafür sind materielle, aber auch soziale, psychische und symbolische Ressourcen.

Amartya Sen (2000) knüpft mit seinem Konzept der „Verwirklichungschancen“ einerseits an der Idee der Freiheit und den gesellschaftlichen Bedingungen an, die zur Realisierung von eigenen Lebensvorstellungen erforderlich sind. Unter Verwirklichungschancen versteht er die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen“ (ebd.: 108) oder an anderer Stelle bestimmt er sie als „Ausdrucksformen der Freiheit: nämlich der substantiellen Freiheit, alternative Kombinationen von Funktionen zu verwirklichen (oder, weniger formell ausgedrückt, der Freiheit, unterschiedliche Lebensstile zu realisieren)“ (ebd.: 95).

Eine qualitätsvolle Psychotherapie muss meines Erachtens dieses Gerechtigkeitsproblem ernst nehmen. Es stellt sich die Frage, ob die vorhandene Angebotspalette, die sich gegenüber dem Beginn des „psychotherapeutischen Zeitalters“ in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts erheblich erweitert hat, an einer qualitätsvollen Überwindung dieser Gerechtigkeitslücke gearbeitet hat. In den Niederlanden ist die Kassenfinanzierung von Psychotherapie aufgehoben worden, weil sie in erster Linie von Angehörigen der Mittel- und Oberschichten in Anspruch genommen wurde, obwohl ihre Ressourcen von allen BürgerInnen aufzubringen sind.

Literatur

- Adorno, T.W. (1969): Erziehung nach Auschwitz. In: ders.: *Stichworte. Kritische Modelle 2*. Frankfurt: Suhrkamp 1969.
- Bauman, Z. (2005): *Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne*. Hamburger Edition.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Böhnke, P. (2005): *Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung*. Opladen: Budrich.
- Böhnke, P. (2005): Mittendrin und trotzdem draußen. Soziale Ungleichheit in Deutschland. In: *WZB-Mitteilungen*, 10, Dezember 2005, S. 34 – 37.
- Bude, H. (2004): Das Phänomen der Exklusion. Der Widerspruch zwischen gesellschaftlicher Er-fahrung und soziologischer Rekonstruktion. In: *Mittelweg* 36, 13, 4/2004, S. 3 – 15.
- Bundesregierung (2005): *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Callies, O. (2004): Konturen sozialer Exklusion. In: *Mittelweg* 36, 13, 4/2004, S. 16 – 35.
- Cremerius, J.; Foffmann, S. O.; Trimborn, W. (1979): *Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht*. München: Kindler.
- DJI (1998): *Qualitätssicherung – Kosten-Nutzen-Analyse – Budgetierung etc.* Protokoll der Diskussion zwischen dem DJI und den Mütterzentren Sendling und Neuhausen am 1. Juli 1998 im DJI. Manuskript.
- Ferber, C.v. (1971): *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Stuttgart: Kohlhammer.
- Glück, I.; Seidel, R.; Abholz, H.-H. (1973): *Soziale Psychiatrie – Zur Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung*. Frankfurt: Fischer.

- Goldstein, A.P. (1977): *Strukturierte Lerntherapie. Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Helmert, U. (2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*. Augsburg: Maro.
- Hermann, S. (1995): Daten zur Gesundheit alleinerziehender Frauen. Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin. In: *Dokumentation zum Kongress „Armut und Gesundheit“ 12/1995*; Ärztekammer Berlin: 127 – 128.
- Hollingshead, A. B.; Redlich, F.C. (1958): *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Kamiske, G. F.; Brauer, J.-P. (1996): *ABC des Qualitätsmanagements*. München: Hanser.
- Keupp, H. (1974): *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebensouveränität und Empowerment. *psychomed*, 4, S. 244 – 250.
- Keupp, H. (Hg.) (1974): *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Klocke, A.; Hurrelmann, K. (1998): *Kinder und Jugendliche in Armut*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kronauer, M. (2002): *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus*. Frankfurt: Campus.
- Laaser, U.; Gebhardt, K.; Bröckamp, U. (Hg.) (1995): Armut und Gesundheit. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health*. 2. Beiheft 1995.
- Menne, K.; Schröter, K. (1980): *Psychoanalyse und Unterschicht*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Merchel, J. (Hrsg.) (1998): *Qualität in der Jugendhilfe*. Münster: Votum.
- Mielck, A. (1994) (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Münstermann, K. (1999): Qualität in der Jugendhilfe. Die zentrale Herausforderung – besonders für die Leitungskräfte. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe*. München, S. 22 – 33.
- Pörksen, U. (1988): *Plastikwörter. Die Sprache einer internationalen Diktatur*. Stuttgart.
- Robert Koch-Institut (2003): *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 14*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2005): *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. 2. überarbeitete Neuauflage. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Salentin, K. (2002): *Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Sen, A. (2000): *Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Hanser.
- Shin, M.; Toohey, S. M. (2003): Community contexts of human welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427 – 459.
- Siegrist, J. (1994): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): *Forum Gesundheitsförderung. Neue Herausforderungen an eine Politik der Gesundheitsförderung*, Bonn.
- Strotzka, H. (Hg.) (1973): *Neurose, Charakter, soziale Umwelt*. München: Kindler.
- Trabert, G. (2002): Kinderarmut Zwei-Klassen-Gesundheit. In: *Deutsches Ärzteblatt* 3: 93-95.
- Struck, N. (1999): Die Qualitätsdiskussion in der Jugendhilfe in Deutschland. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe*. München, S. 6 – 21.
- Voelzke, W. (1998): Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. *Gemeindepsychologie-Rundbrief*, 4, 1, S. 4-19.
- Weilandt, C.; Altenhofen, L. (1997): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber, J. (Hrsg.): *Gesundheit sozialer Randgruppen*, Stuttgart, Enke-Verlag: S. 76-99.
- Wilkinson, R.G. (2001): *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien/New York: Springer.