

MUT ZUM AUFRECHTEN GANG – WAS BIETEN BETEILIGUNG UND EMPOWERMENT FÜR PSYCHIATRIE UND SELBSTHILFE?

Heiner Keupp

Vortrag bei der Tagung Selbsthilfe und Psychiatrie am 16. Februar 2007 in der Evangelischen Akademie Bad Boll

„Wer erfolgreich mit uns arbeiten will, sollte (...) an unsere Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten glauben. (...) Wer uns nichts zutraut, wird nur die in unseren Kreisen häufig anzutreffende Resignation vertiefen. (...) Entscheidend für die psychische Gesundheit ist es, ein gesundes Selbstbewusstsein zu entwickeln und zunehmend Verantwortung für sich und andere zu übernehmen.“
Joachim Brandenburg, Psychiatrie-Erfahrener

Der leider im vergangenen Jahr verstorbene Michael Lukas Moeller, der in den 70er Jahren enorm viel für die Popularisierung der Idee der Selbsthilfe und zur Förderung von Selbsthilfegruppen geleistet hat und deshalb einfach zum Selbsthilfe-Moeller ernannt wurde, ging davon aus, dass Selbsthilfe in der Psychiatrie keine große Chancen hätte und hat das über die Dynamik psychischer Störungen begründet. Die Wirklichkeit hat uns eines besseren belehrt. Psychiatrieerfahrene Menschen haben längst ihre Selbsthilfeprojekte gestartet und sich bundesweit eine Stimme verschafft, die gehört wird.

Aber die Erkenntnis, dass auch für psychiatrieerfahrene Menschen das allgemeine Grundprinzip einer demokratischen Zivilgesellschaft zu gelten hat, dass sie „Subjekt des eigenen Handelns“ sein wollen, wie es Helmut Klages ausdrückt, erforderte einen langen Lernprozess, der auch jetzt noch lange nicht abgeschlossen ist. Ich will ihn kurz an meinen eigenen Erfahrungen verdeutlichen.

„SUBJEKT DES EIGENEN HANDELNS“ SEIN – EIN ZIVILGESELLSCHAFTLICHER LERNPROZESS

Bis nach dem 2. Weltkrieg eine Wahrnehmung der Zustände in den deutschen psychiatrischen Institutionen zustande kam, hat bis in die 70er Jahre

des letzten Jahrhundert gedauert. Eine von ihrer Aufbaumentalität geprägte Gesellschaft, die ihre Leistungen und den neu erworbenen Wohlstand stolz vorzeigte, die von einer erstaunlichen wirtschaftlichen Prosperität geprägt war, ließ es zu, dass sich der Zustand in den psychiatrischen Institutionen kaum von der Vorkriegszeit unterschied, und dass die Verbrechen an psychisch Kranken in der NS-Zeit fast vollständig verdrängt waren. Erst die Initiative einiger reformorientierter Fachleute und engagierter Politiker führte dazu, dass 1969 vom Deutschen Bundestag eine Kommission eingesetzt wurde, die einen Veränderungsprozess einleiten sollte. Und sie hat einen solchen Prozess tatsächlich in Gang setzen können.

Das Hauptziel dieses Reformprozesses war die Modernisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, die in dem Zustandsbild der 50er und 60er Jahre als Schandmal in einem ansonsten so fortgeschrittenen wohlfahrtsstaatlich geprägten Land wie der BRD in Erscheinung treten musste. Die damalige Expertenkommission hat den Modernisierungsauftrag mit jener technokratischen Gründlichkeit übernommen und ausgeführt, die dem sozialliberalen Planungshorizont der 70er Jahre entsprach. Orientiert war diese Planung an den international führenden Versorgungsmodellen. Herausgekommen ist der Plan für ein lückenloses Netz, das über alle psychosozialen Krisenherde und Problemlagen geworfen werden sollte. Psychisches Leid sollte von einem System "fürsorglicher Belagerung" eingefriedet werden. Die Enquete hat an keiner Stelle den Anspruch einer Strukturreform erhoben: Das Prinzip der "Deinstitutionalisierung" anstaltsförmiger Internierungssysteme und einer radikalen Rückverlagerung psychosozialer Hilfen in die Lebenswelt war nicht formuliert worden. Ebenso wenig gab es einen strukturellen Bruch in der Deutung psychischen Leids: Das "medizinische Modell" blieb das Leitmodell.

Als Modernisierungsprojekt kann sich die Psychiatrie-Enquete durchaus sehen lassen. Die Kliniken sind mittlerweile in einem rundherum vorzeigbaren Zustand. Eine Verkleinerung der Großkrankenhäuser wird fast überall stolz vermeldet. Auch sozialpsychiatrische Dienste gehören schon beinahe zur Grundausstattung vieler Regionen. Das Modernisierungsprogramm wäre in noch größerem Umfang realisiert worden, wenn es nicht von der ökonomischen Krise eingeholt worden wäre, die sich schon Mitte der 70er Jahre abzuzeichnen begann und uns inzwischen voll eingeholt hat. So sehr eingeholt

hat, dass die erreichten Positionen erneut in ihrem Bestand bedroht sind (siehe die akute Sorge um die SPDIs).

Auch wenn es gute Gründe gibt, im Augenblick um den Bestand von Reformbastionen zu fürchten, möchte ich jetzt kein Klagelied anstimmen, sondern versuchen, den hinter uns liegenden Lernprozess etwas plakativ zu charakterisieren. Dann könnte man festhalten, dass der größte Fehler der Psychiatrie-Reformbewegung der Bundesrepublik wohl war, dass sie sich fast ausschließlich für eine bessere *Versorgung* von Menschen mit psychischen Problemen eingesetzt hat, nicht aber für eine *Befreiung*. Es wurde versucht, den Versorgungspol der Psychiatrie zu stärken und dadurch den Kontrollpol zurückzudrängen. Der Doppelcharakter von Hilfe und Kontrolle, der für die Psychiatrie von Beginn an konstitutiv ist, konnte dadurch nicht außer Kraft gesetzt werden. Umso weniger Ressourcen für eine angemessene Versorgung verfügbar sind, desto deutlicher zeichnet sich wieder die hässliche Fratze der Kontrolle ab. Das zwingt zu der schmerzlichen Einsicht, dass "fürsorgliche Belagerung" im Sinne umfassender therapeutischer Normalisierungsprogramme die Kontrolldimension nicht auflösen konnte. Gegenwärtig tritt die fürsorgliche Komponente immer mehr in den Hintergrund und es bleibt die Belagerung jener Menschen, die in den herrschenden Normalitätshorizont nicht hineinpassen oder sich diesem entziehen. In einigen neueren Psychiatriegesetzen der Bundesländer (am ausgeprägtesten wohl im bayerischen "Unterbringungsgesetz") steht der Schutz der Öffentlichkeit (besser: der "öffentlichen Ordnung") vor störender Devianz im Vordergrund.

Persönlichkeits- und Bürgerrechte der psychiatrisch Internierten waren zunächst überhaupt kein Thema. Auch in der Reformszene zeigte sich, dass es in der BRD kaum eine Bürgerrechtstradition gibt. Inzwischen hat allerdings das neue Betreuungsrecht eine verbesserte gesetzliche Form der Absicherung eines besondern Persönlichkeitsschutzes für psychiatrische Patienten geschaffen.

Angesichts einer spürbaren Lähmung in der professionellen Reformszene sind es gegenwärtig vor allem einige Gruppen von Psychiatriebetroffenen, von denen Veränderungsimpulse ausgehen und diese sind für Professionelle oft alles andere als bequem. Es werden einerseits elementare Menschenrechte eingeklagt (z.B. das Recht auf Ablehnung jeder Form von Zwangsbehandlung) und andererseits die materiellen Voraussetzungen für selbst-

bestimmte und -organisierte Lebensformen gefordert, die nicht unter professioneller Anleitung oder Aufsicht stehen sollen. Diese Forderungen geraten oft in Widerspruch zu dem, was von professionellen Helfern für notwendig gehalten wird (im "wohlverstandenen Interesse" der Patienten, wie wir dann zu sagen pflegen). Diese Widersprüche werden sich nie völlig auflösen lassen. Für professionelle Helfer wäre es eine wichtige Einsicht, dass durch die Stärkung von Selbstorganisation (oder "Empowerment", wie es in den USA heißt) und durch das Einklagen von Menschenrechten der zunehmenden staatlichen und administrativen Kontrollmacht wirksame Elemente von Gegenkontrolle erwachsen können. Progressive Professionelle werden sich für neue Bündnisse öffnen und sich von ihrem professionellen Mythos trennen müssen, dass sie stellvertretend für die Betroffenen und ihre Angehörigen "zu ihrem Besten" handeln könnten.

LERNPROZESSE IN EMPOWERMENT

Für mich ist die Empowerment-Perspektive engstens mit einer traumatischen politischen Erfahrung verbunden. An einem Wochenende Ende 1984 hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Grünen zu einer psychiatriepolitischen Tagung nach Berlin geladen. Endlich sollten Eckpunkte für ein psychiatriepolitisches Programm der entstehenden neuen Partei formuliert werden. Die Psychiatriereformer der Bundesrepublik kamen voller Hoffnung zu dieser Tagung, endlich eindeutige und radikale Reformpositionen im politischen Raum vernehmbar artikulieren zu können und sie erlebten doch ein spezifisches Waterloo. Ich hatte mir eine Reihe von Punkten überlegt, die ich in das geplante Programm einbringen wollte. Letztlich bin ich stumm geblieben. Warum? Zu dieser Tagung waren auch Betroffenen-Initiativen geladen worden. Und den Tagungsort nutzte vor allem die Berliner Irrenoffensive. Allein ihre Existenz war ja schon ein Grund zur Revision von Positionen, die damals auch in der Reformszene geteilt wurden.

Nun begegneten wir da einer handlungsmächtigen Gruppe von psychiatrienerfahrenen Menschen. Dieser Überraschung folgte die Traumatisierung. Diese Gruppe sah nicht die "böse Gesellschaft" oder die "böse Psychiatrie" als ihre Hauptgegner an, sondern Leute wie uns, die für sich einfach ungeprüft von der Unterstellung ausgingen, dass sie die legitimen Interessenvertreter der psychisch Kranken seien. Sie konfrontierten uns mit dem Vorwurf, dass

sie die fürsorgliche Form der Entmündigung, die sie vor allem von sozialpsychiatrisch orientierten Professionellen erfahren würden, als besonders raffinierte Repression erleben würden. Warum würden wir sie, als die eigentlichen ExpertInnen, nicht fragen, was für sie gut und richtig ist. Sie forderten das Recht auf Selbstorganisation und sie forderten vor allem auch die sozialpolitischen Ressourcen dafür. Ihre Frage, warum wir die finanziellen Ressourcen für die Psychiatriereform immer nur dazu nutzen wollten, um unsere eigene Etablierung auszubauen, traf mich völlig unvorbereitet. Jedenfalls war ein wunder Punkt getroffen und er hat eine tiefe Krise in meinem Selbstverständnis ausgelöst. Sie hat auf jeden Fall einen Lernprozeß angestoßen, der zumindest die Denkmöglichkeit eröffnet hat, dass wir Professionelle eigene Interessen haben, die nicht umstandslos mit denen der Betroffenen gleichzusetzen sind. Hier muss eine notwendige Differenzierung erfolgen und erst dann entsteht die Chance, unsere professionelle Kompetenz zur Unterstützung und Ermutigung zur Selbstorganisation der Betroffenen einzusetzen, statt an ihrer Stelle zu handeln.

Mir ist klar geworden, dass wir Professionellen uns unsere therapeutischen, diagnostischen und versorgungstechnischen babylonischen Türme gebaut haben, die die unmittelbare Begegnung mit den oft befremdlichen inneren Erfahrungen und Lebenswünschen, die sich in psychischen Störungen äußern, verhindern. Der begonnene Dialog hat hier eine ganz neue Perspektive eröffnet. Psychiatrieerfahrene und Angehörige beginnen ihre Erfahrungen zu formulieren und wir Professionelle beginnen, darauf zu hören. Dieses Zuhörlernen und die dia- und dialogischen Prozesse zu fördern, ist der zentrale Sinn der "Empowerment"-Perspektive.

DIE SELBSTHILFEBEWEGUNG: EINE ZWISCHENBILANZ

Man kann zum Stellenwert von Selbsthilfegruppen folgendes Fazit ziehen: Die Bedingungen einer individualisierten Gesellschaften fördern und fordern Formen des Engagements und der gegenseitigen Hilfe, wie sie in Selbsthilfegruppen möglich sind. Daraus erklärt sich die Attraktivität und historische Zunahme dieser Gruppen. Stärker als bisher erkennt man auch, dass Selbsthilfegruppen darüber hinaus auch wichtige ökonomische Nutzeneffekte haben.

Diese neue Selbsthilfebewegung hat sich in den letzten 25 Jahren qualitativ wie quantitativ stark entwickelt. Inzwischen gibt es bundesweit schätzungsweise ca. 70.000 Initiativen mit 2-3 Millionen Teilnehmern (ISAB 1997). Es ist heute unbestritten, dass Selbsthilfegruppen bei der Bewältigung von gesundheitlichen und sozialen Problemen einen wichtigen Beitrag leisten. Sie stellen für ihre Mitglieder zudem eine wichtige Quelle neu gewonnenen oder auch wieder entstandenen Selbstwertgefühls dar. Selbsthilfegruppen sind keineswegs auf bestimmte Themen (z.B. gesundheitliche Probleme) beschränkt, sondern finden sich in nahezu allen Bereichen (Gesundheit, Kultur, Soziales, Erziehung) und mit einem sehr unterschiedlich ausgeprägten Problem- bzw. Interessensbezug (von einer Multiple-Sklerose-Gruppe über Eltern/Kindgruppen bis hin zu 3. Welt-Gruppen). Die Attraktivität verdanken Selbsthilfegruppen in der Regel folgenden Aspekten:

1. Eigenbestimmte Hilfen. Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeiten das eigene Leben, die eigene Gesundheit in stärkerem Maße als in den meisten anderen Organisationsformen selbst in die Hand zu nehmen. Hinter dieser Qualität steht vielfach auch eine Skepsis und Kritik an 'zuviel' Expertentum und bestimmten Varianten professionalisierter Hilfe.
2. Möglichkeit, identitätsrelevante Problemlagen und Optionen zum Thema zu machen und darüber Beratung zu erhalten bzw. zugleich anderen Hilfe zu geben. Grundprinzipien sind der Erfahrungsaustausch in der Gruppe und gegenseitige Beratung von erfahrenen Betroffenen für Gleichbetroffene. Diese gegenseitige Beratung aus einer Betroffenenperspektive hat sich als eigene Qualität von Hilfe erwiesen, die professionelle Hilfen in dieser Form nicht haben kann.
3. Freiwilliger Zusammenschluss, der mit einem geringen Grad an Formalisierung auskommt. Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit in einem überschaubaren Rahmen für einen eigenbestimmten Zeitraum einen gruppenbezogenen Erfahrungsaustausch leben zu können. Der besondere Wert dieses gemeinsamen Erfahrungsraums erklärt sich auch aus den Risiken der Individualisierung. Überall dort, wo die gesellschaftlichen Freisetzung aus traditionellen Strukturen zu sozialen Leerstellen führt, bieten Selbsthilfegruppen die Möglichkeit, in neuen Vernetzungen mit Unsicherheit und Krise umgehen zu lernen, ohne

sich über formalisierte Formen der Mitgliedschaft für längere Zeit an eine Organisation binden zu müssen.

Es zeigt sich weiter, dass gerade gesellschaftlich ausgegrenzte Menschen in Selbsthilfegruppen Solidarität durch Gemeinsamkeiten und neue Formen der Gemeinschaft erproben können. Zudem scheint es in den letzten Jahren auch stärker gelungen zu sein, die Beteiligung an Selbsthilfeinitiativen über die gesellschaftlichen Schichten hinweg auf eine breitere soziale Basis zu stellen. Selbsthilfe kommt heute aus der Mitte der Gesellschaft.

Für die Zukunft wird eine weitere Zunahme im Selbsthilfebereich prognostiziert. Dies gilt nicht nur für jene Bereiche, in denen sich die professionellen begleitenden Strukturen (Selbsthilfezentren, Selbsthilfeförderung) erst konstituieren, sondern auch dort, wo es seit langen Jahren eine etablierte Infrastruktur gibt. In Selbsthilfeszusammenhängen holen sich Menschen durch Beteiligung und Eigenaktivitäten wichtige Ressourcen zur Gewinnung, Sicherung und Erweiterung von Lebenssouveränität.

COMMUNITY CARE: DIE PERSPEKTIVE DER PARTIZIPATION AN GESELLSCHAFTLICHER NORMALITÄT

Mit einiger Verzögerung hat sich auch in Deutschland für den gesamten Bereich der Behinderung ein Leitprinzip durchgesetzt, das im angloamerikanischen Bereich als „Community Care“ bezeichnet wird. Es macht Schluss mit der Vorstellung, behinderte Menschen bräuchten Sonderbezirke und Schonräume. Es geht vielmehr um eine umfassende und uneingeschränkte Teilhabe von behinderten Menschen an normalen Formen des Wohnens, Arbeitens und Lebens. Ein solches „Normalisierungsprinzip“ erfordert von Gesellschaft, Politik, Professionellen und den behinderten Menschen selbst ein Umdenken. Menschen mit Behinderung müssen die Chance haben, in der Zivilgesellschaft anzukommen und sie mit ihren Erfahrungen und Projekten gestalten. Weder ein fürsorglicher Staat noch eine hoch professionalisierte Behindertenarbeit können an die Stelle autonomer Lebenspraxis treten. Integration kann nur aus einer Politik des Empowerment folgen und braucht umfassende Formen der Partizipation.

Integration – Empowerment – Partizipation: Diese Leitwerte von „Community Care“ gilt es genauer in den Blick zu nehmen. Die Evangelische Stiftung

Alsterdorf hat ihr „Community Care“-Commitment unter den programmatischen Titel „Bürger – uneingeschränkt und unbehindert“ gestellt und hat folgende Bedingungen genannt, die von diesem Commitment erfüllt werden müssen (vgl. Theodorus Maas 2000):

- Menschen mit schwer(st)en Behinderung leben selbstbestimmt und haben die Kontrolle über das eigene Leben. Sie wählen selbst aus, mit wem sie wohnen, wo sie arbeiten und ihre Freizeit verbringen.
- Sie benötigen dazu Unterstützung, auf die sie als Bürgerinnen und Bürger Recht haben. Diese leistet das, was nötig ist um im Gemeinwesen wohnen, arbeiten und sich erholen zu können und ist ausgerichtet auf die Position der Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft und die Stärkung dieser Position als Bürger mit vollen Rechten. Sie schließt bei dem an, was jemand selbst kann, und ist hinsichtlich Dauer, Ort, Umfang und Art auf das individuelle Maß abgestimmt. Sie wird in erster Linie vom eigenen persönlichen sozialen Netzwerk geleistet, sodann von den für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglichen und allgemeinen Dienstleistungsorganisationen im Gemeinwesen und erst an dritter Stelle von den speziellen Dienstleistungsorganisationen.
- Die Gesellschaft muss vorbereitet und zugänglich gemacht werden. Die vorhandenen Vorstellungen von Menschen mit Behinderung machen Platz für die Idee der Bürgerin und des Bürgers ohne Einschränkung. Die Verwirklichung eines breiten sozialen Netzwerkes gewinnt sehr große Bedeutung. Die allgemeinen Dienstleistungsorganisationen öffnen sich auch für Menschen mit schwerer Behinderung und erfahren dabei die Unterstützung der speziellen Dienste, die ihre Kenntnis, Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verfügung stellen.“

Die „Community Care“-Perspektive setzt letztlich auch eine Normalisierung unserer theoretischen Modell voraus und deshalb will ich zunächst einige zentrale Konzepte der aktuellen Gesundheitsforschung thematisieren und dabei von der Prämisse ausgehen, dass sie uneingeschränkt auf Menschen angewendet werden können, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Der besondere Blick wird dann erst notwendig, wenn es um diesen besonderen Unterstützungsbedarf geht, damit spezifische Realisierungschancen von Lebenssouveränität gefördert werden können.

ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG: LEBENSOUVERÄNITÄT DURCH
PARTIZIPATION UND EMPOWERMENT

Die Frage ist natürlich legitim: Was haben Gesundheit und ihre Förderung mit Partizipation zu tun? Beim Thema Gesundheit richtet sich unsere Aufmerksamkeit zunächst einmal auf unser „Krankheitswissen“ und daraus wird dann abgeleitet, welche biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen Einfluss haben auf den Gesundheitsstatus haben. Epidemiologische Befunde, pathogenetische Modelle oder genetische Analysen mögen uns da zuerst in den Sinn kommen. Beim Thema Partizipation richtet sich unser Blick auf demokratische Mitwirkungsmöglichkeiten und damit bewegen wir uns eher in der politisch-gesellschaftlichen Arena. Wie sollen diese beiden Sphären miteinander verknüpft werden? Und diese Verknüpfung wird ja nicht gerade dadurch erleichtert, dass der Fokus der Überlegungen auf Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf gerichtet sein sollte.

Bei einem solch schwierigen Unterfangen ist es natürlich hilfreich, wenn einem wichtige Instanzen mit klugen Formulierungen auf die Sprünge helfen können. Eine solche hat uns die Weltgesundheitsorganisation mit ihrer Ottawa-Charta angeboten. Dort heißt es: Gesundheitsförderung "zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen". Und etwas später: "Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen".

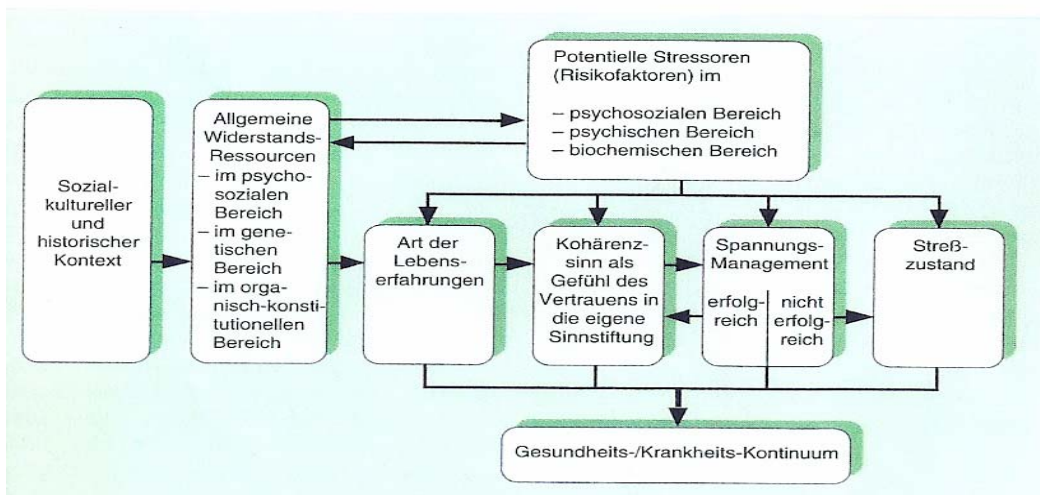
In diesem Basistext der WHO wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen Gesundheit und einer möglichst umfassenden Selbstbestimmung über das eigene Leben. Es ist mein Anliegen, diesen Zusammenhang plausibel zu machen.

Auch der israelische Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky hat diesen Gedanken in das Zentrum seines "salutogenetischen Modells" gestellt. Es stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt der Analyse, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden, widrigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden.

WAS IST SALUTOGENESE?

- Das Konzept stammt von dem israelischen Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky.
- Sein "salutogenetisches" Denkmodell (abgeleitet vom lateinischen Begriff 'saluto' für Gesundheit) formuliert eine Alternative zu Pathogenese, also zur Entstehung von Krankheiten.
- Gefragt ist nicht, was macht krank, sondern wie es Menschen schaffen, gesund zu bleiben, trotz unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen.
- Von besonderer gesundheitsförderlicher Bedeutung sind die Widerstandsressourcen einer Person. Dazu zählen:
 - Körperliche Resistenzbedingungen
 - Psychische Ressourcen
 - Materielle Ressourcen
 - Psychosoziale Ressourcen
- Von besonderer Relevanz ist der "Kohärenzsinn", die Fähigkeit, in seinem Leben Sinn zu entdecken oder zu stiften

Dieses Modell geht von der Prämisse aus, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder gesunde Folgen haben kann, je nachdem, wie mit dieser Spannung umgegangen wird. Es gibt eine Reihe von allgemeinen Widerstandsfaktoren, die innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt als Potential gegeben sind. Sie hängen von dem kulturellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab. Mit organismisch-konstitutionellen Widerstandsquellen ist das körpereigene Immunsystem einer Person gemeint. Unter materiellen Widerstandsquellen ist der Zugang zu materiellen Ressourcen gemeint (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung etc.). Kognitive Widerstandsquellen sind "symbolisches Kapital", also Intelligenz, Wissen und Bildung. Eine zentrale Widerstandsquelle bezeichnet die Ich-Identität, also eine emotionale Sicherheit in bezug auf die eigene Person. Die Ressourcen einer Person schließen als zentralen Bereich seine zwischenmenschlichen Beziehungen ein, also die Möglichkeit, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen, sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.



Das salutogenetische Modell von Antonovsky (nach Antonovsky 1979, 185).

Antonovsky zeigt auf, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängt: Dem "Gefühl von Kohärenz". Er definiert dieses Gefühl so: "Das Gefühl der Kohärenz, des inneren Zusammenhangs ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit jemand ein sich auf alle Lebensbereiche erstreckendes, überdauerndes und doch dynamisches Vertrauen hat, dass

- (1) die Reize aus der inneren und äußeren Welt im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; dass
- (2) es Mittel und Wege gibt, die Aufgaben zu lösen, die durch diese Reize gestellt werden; und dass
- (3) diese Aufgaben Herausforderungen sind, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und zu investieren" (1987, S. 19).

KOHÄRENZSINN: DAS HERZSTÜCK DER SALUTOGENESE

Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist.

Der *Kohärenzsinn* beschreibt eine geistige Haltung:

- Meine Welt ist verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen.
- Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann.

- Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt.
- Der Zustand der Demoralisierung bildet den Gegenpol zum Kohärenzsinn.

Antonovsky transformiert eine zentrale Überlegung aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zu einer grundlegenden Bedingung für Gesundheit: Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist durch das Bestreben charakterisiert, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können.

Die wichtigsten Anregungen und Anknüpfungspunkte aus der umfangreichen Debatte und Forschung zur Salutogenese möchte ich zusammenfassen:

1. Die Idee der „Heterostase“ passt zu einer komplexen und widersprüchlichen Welt, in der harmoniesüchtige homeostatische Modelle zum Realitätsverlust führen müssen. Aber diese Perspektive muss aktuell gesellschaftstheoretisch ausbuchstabiert werden.
2. Bei der Salutogenese geht es um einen echten Paradigmenwechsel und nicht um ein paar salutogenetische Verzierungen an dem stählernen Gehäuse pathogenetischer Modellvorstellungen.
3. Salutogenese bedeutet mehr als die Beachtung und Förderung jener Ressourcen, die aktiviert werden, wenn sich Subjekte mit Belastungen auseinandersetzen müssen. Es geht auch um positive Lebenskonzepte und –formen („euthymes“ Erleben und Verhalten) oder um Lebenskunst, Selbstachtsamkeit und Selbstsorge.
4. Salutogenese richtet den Blick auf Ressourcen und Potentiale von Personen und ihre sozialen Bezüge, aber sie gehört nicht zu der naiven „Mensch, sei positiv“-Haltung. Sie lässt den Blick auf Leiden und Scheitern zu, ja gibt diesem sogar einen wichtigen Platz.

5. Kohärenz kann gefördert werden und es gibt eine Reihe von „good practice“-Beispielen (wie das Herner Projekt des Jakobusweges). Ein Schwerpunkt in der psychosozialen Arbeit sollte Kohärenzarbeit sein.

6. Das Modell von Antonovsky eignet sich nicht als Denkmal, um dann nur andächtig bewundert zu werden, sondern es muss kritisch weitergedacht und -entwickelt werden: z.B. müssen stärker Beziehungsdimensionen einbezogen werden und die Annahme einer lebensgeschichtlichen Endform mit dem Ende des dritten Lebensjahrzehnts ist fragwürdig.

7. Das zentrale Konzept der „Widerstandsressourcen“ fordert den Blick auf

- individuelle und
- auf gesellschaftliche Ressourcen, die unter Bedingungen wachsender Ungleichheit im Zugang zu Ressourcen gesellschaftspolitisch diskutiert werden müssen (Stichwort: Hartz IV).

8. Das salutogenetische Modell entzieht der professionellen Selbstsicherheit bei der Beurteilung dessen, was psychisch gesund oder krank sei, die Basis und begründet eine subjektorientierte Perspektive, die auch die Professionellen einschließt. Sie leben nicht außerhalb, sondern auch im Fluss. Hier liegt ein wichtiger Ansatzpunkt für die Empowerment-Perspektive.

9. Wir brauchen ein Konzept einer „Kohärenz in Übergängen“ („transversale Kohärenz“), also eine Idee von einer nie abgeschlossenen Identitätsarbeit, in der Erfahrungen mit neuen Einsichten und Veränderungswünschen jeweils in ein stimmiges Passungsverhältnis gebracht werden müssen und das meint eine Kohärenz in Übergängen.

10. Die salutogenetische Perspektive kann als Antwort auf einen wachsenden „Hunger nach Sinn“ verstanden werden. Eine individualisierte Gesellschaft ist keine Gesellschaft der Sinnentleerung, sondern eine, in der einzelne Individuen ihren Lebenssinn zunehmend selbst herausfinden und sich dafür entscheiden müssen.

FÖRDERUNG VON RESSOURCEN: DIE EMPOWERMENT-PERSPEKTIVE

Belastungs-Bewältigungs-Modelle im Sinne der Salutogenese, die die Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen Alltagswelt richten, eröffnen für eine Praxis und Politik der Gesundheitsförderung andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse wären, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflusst werden können. Die professionelle Alternativperspektive sehe ich im "Empowerment"-Konzept.

Der Begriff "Empowerment" wird von einem gewissen Etwas, einem Flair umgeben. Das vermittelt vor allem die "Power"-Komponente im Begriff. Wir kennen sie in Verbindung mit "black power" oder "women power" oder neuerdings "power book". Diese emanzipative Bedeutung steckt natürlich in diesem Begriff. Aber auf ihre Reißerqualitäten will ich zunächst einmal überhaupt nicht setzen. Zumal der Begriff ja nicht nur von der "Power"-Komponente lebt, sondern auch von der Vorsilbe "Em-", die den Sinn von Geben, Abgeben, Weggeben transportiert. Und das ist gerade der zentrale neue Aspekt: Nicht für sich Macht fordern oder erobern, sondern sie weitergeben, sie bei anderen wecken, ihnen dabei helfen, sie zu entdecken. Also "Empowerment" meint nicht einfach Veränderung der Machtverhältnisse, obwohl es auch darum geht, sondern um die Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen. Und dies ist nicht nur eine Perspektive für Menschen mit privilegierten gesellschaftlichen Positionen, sondern für alle. Julian Rappaport, der wichtigste Repräsentant der Empowerment-Perspektive, betont, „dass selbst Menschen mit wenigen Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger Kontrolle über ihr eigenes Leben brauchen“ (1985, S. 269).

EMPOWERMENT: STÄRKUNG DER SALUTOGENER RESSOURCEN

In Empowermentprozessen sollen Stärken von Menschen entdeckt und entwickelt werden; Es sollen Möglichkeiten gefördert werden, Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen.

Grundlagen von Empowerment:

- Von einer Defizit- oder Krankheits- zu einer Ressourcen- und Kompetenzperspektive
- Statt ExpertInnen-Lösungen geht es um Selbstorganisation

- Überwindung von "Demoralisierung" und Ermöglichung von Selbstwirksamkeit
 - Ressourcenvermehrung durch gemeinschaftliches Handeln (Netzwerkförderung)
- Empowerment kann auf der
- *Individuellen Ebene* (Überwindung von Resignation, Demoralisierung und Machtlosigkeit)
 - *gruppenebene* (z.B. Selbsthilfeinitiativen)
 - *strukturellen Ebene* (politische Veränderungen) wirken.

Die Empowerment-Perspektive bündelt wichtige Lernprozesse des letzten Jahrzehnts. Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung psychosozialen Handelns. Es sind vor allem die folgenden Lernprozesse:

(1) Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive. Das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an ihre Fähigkeiten, in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen, führt mit Notwendigkeit zu einer anderen beruflichen Perspektive als im Falle eines professionellen Szenarios der Hilfebedürftigkeit.

(2) Nur jene Art von professionellem Angebot kann letztlich wirksam werden, das in das System des Selbst- und Weltverständnisses der KlientInnen integrierbar ist und das persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird. Solche Einsichten führen mit Notwendigkeit zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten. Von Dauer können nur Veränderungen sein, die den Grundsatz "Hilfe zur Selbsthilfe" realisieren.

(3) Jede professionelle Aktivität, die es nicht gelingt, zur Überwindung des Erfahrungskomplexes der "gelernten Hilflosigkeit" oder "Demoralisierung" beizutragen, wird wirkungslos bleiben. Die Wirksamkeit professioneller Hilfe wird davon abhängen, ob das Gefühl gefördert werden kann, mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu erlangen.

(4) Soziale Unterstützung im eigenen sozialen Beziehungsgefüge ist von großer Bedeutung bei der Bewältigung von Krisen, Krankheiten und Behinderungen sowie bei der Formulierung und Realisierung selbstbestimmter Le-

bensentwürfe. Gerade die Kräfte, die durch die Vernetzung von gleich Betroffenen entstehen können, sind von besonderer Qualität.

(5) Psychosoziale Praxis lässt sich nicht in Kategorien von Widerspruchsfreiheit oder im Funktionskreis instrumentellen Denkens adäquat erfassen. Anstelle eines Diskurses, der von der Unterstellung eines hehren Allgemeinwohl ausgeht, ist es notwendig, Widersprüche, Interessenunterschiede und unterschiedliche Bedürfnisse zum Thema zu machen. Hierzu gehören auch Themen wie die Janusköpfigkeit von Hilfe und Kontrolle in allen Formen psychosozialen Handelns; die Analyse unerwünschter Nebenfolgen "fürsorglicher Belagerung" und ihrer institutionellen Eigenlogiken und schließlich auch die Anerkennung unterschiedlicher und teilweise widersprüchlicher Interessen von KlientInnen und Professionellen.

(6) Die wichtigste Erkenntnis, die auf solchen Pfaden divergenten Denkens zu gewinnen ist, ist die Einsicht in die Dialektik von Rechten und Bedürftigkeiten. Die klassische wohlfahrtstaatliche Philosophie war ausschließlich von einer Definition von Bedürftigkeiten und auf sie bezogener sozialstaatlicher Hilfe- oder Präventionsprogramme bestimmt. Die meisten Therapie- und Präventionsprogramme gehen - in aller Regel mit guten und nachvollziehbaren Gründen - von einer Annahme spezifischer Defizite und Bedürftigkeiten aus, die im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen verhindert, kompensiert oder verändert werden sollen. Erst in den 70er Jahren wurde - nicht zuletzt in Folge heftiger Konflikte zwischen wohlwollenden HelferInnen und zunehmend eigene Ansprüche formulierender KlientInnen - die Ebene der Rechte als unabhängiger Begründungsinstanz für Handeln oder dessen Unterlassung "entdeckt". Es war sicher kein Zufall, dass diese Entdeckung in die Zeit der sich abzeichnenden Krise des Wohlfahrtsstaates fiel. In Zeiten wachsender Sozialbudgets ist eher die Vorstellung gewachsen, dass bei uns Professionellen die Angelegenheiten der Betroffenen in guten Händen seien. Die Segnungen immer neuer Spezialprogramme und -einrichtungen ließen sich beweiskräftig so verstehen. Die von uns so bereitgestellte "fürsorgliche Belagerung" hatte eine Qualität der tendenziellen Rund-um-Versorgung, bei der der Gedanke der Einschränkung von KlientInnen-Rechten und der Kontrolle von Lebenssouveränität weniger Nahrung erhielt. Die Krise des Sozialstaats hat auch für viele Betroffene sichtbar gemacht, dass ihre Rechte keineswegs in Wohlfahrtsleistungen gesichert sind und mit deren Abbau auch gefährdet sind und eigenständig vertreten und abgesichert werden müssen.

Rappaport bringt die beiden Sichtweisen auf die Formel von "Kinder in Not" oder "Bürger mit Rechten". Es handelt sich nicht um Entweder-oder-Perspektiven, sie müssen in dem Spannungsverhältnis, in dem sie zueinander stehen, erhalten bleiben. Rappaport betont, dass wir keinesfalls die „Bedürfnisse nach Hilfe vernachlässigen, wenn wir für mehr Selbstbestimmung votieren“ (1985, S. 269). Gerade an der Reaganschen Kahlschlagpolitik im Sozialbereich kann das aufgezeigt werden. Sie hat sich gerne mit Schlagworten wie Bürgerrechte oder "Freiheit" vom Staat drapiert und gleichzeitig wohlfahrtsstaatliche Leistungen abgebaut. Dazu bemerkt Rappaport treffend: "Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz" (S. 268).

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 einer 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, S. 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-Erfahrene in ihre Arbeitsgruppen zur Qualitätssicherung einladen, damit die Betroffenen ihre Bedürfnisse und Forderungen unmittelbar darlegen können“ (ebd., S. 13 f.).

"Psychiatrie-Erfahrene haben beschrieben, wie sie ihre psychischen Krisen und Probleme (die von der Psychiatrie mit Diagnosen wie 'Psychose', 'Depression' oder 'Schizophrenie' belegt wurden) durch *Begreifen ihrer Lebensgeschichte, Wahrnehmen und Ausleben ihrer Gefühle, Aufarbeitung ihrer Biographie, Auseinandersetzung und Verstehen der Psychose-Inhalte* u.v.a. bewältigt haben. Für mich kann psychologische Behandlung dazu beitragen, dass die Psychiatrie menschlicher wird, dass ich meine psychischen Krisen und *'individuellen Verrückungen'* besser verstehen kann und *anders damit umzugehen* lerne. Sie kann Hilfen zum Aufbau von Selbstbewusstsein und Bewältigungsstrategien bei psychischen Problemen und Krisen trotz der Vorurteile in der Gesellschaft geben" (Voelzke 1997, S. 7).

"Viele Psychiatrie-Erfahrene messen der *Psychotherapie* eine große Bedeutung zu. Deshalb darf sie *nicht als 'Luxusgut'* für einen beschränkten Personenkreis angeboten werden, der sich diese Leistungen einkaufen (bzw. entsprechend zuzahlen) kann. *Psychotherapie als freiwilliges Angebot* muss für *alle Menschen*, die ihre psychischen Krisen und Probleme nicht alleine bewältigen können, (besonders für die Benachteiligten) als Krankenhilfe weiterhin finanziert werden" (S. 10).

"Dabei hat die Hilfe zur *Selbsthilfe im Sinne von Empowerment* einschließlich der Förderung von Selbsthilfegruppen eine besondere Bedeutung. Dort kann der Weg, der in einer Klinik oder ambulanten Psychotherapie begonnen wurde, auch kritisch reflektiert und ggf. weitergeführt werden" (S. 11).

So weit Wolfgang Voelzke. Die Dominanz der ExpertInnen ist im Bereich von Psychiatrie und Sozialpsychiatrie sicher noch nicht auf breiter Basis überwunden, aber wir Professionellen haben die Beispiele für die Fähigkeit zur Selbstartikulationen und zur Selbstorganisation der Betroffenen anzuerkennen. Es sollte zum vornehmsten Ziel unserer professionellen Aktivitäten werden, diese Fähigkeit zu ermutigen und zu unterstützen. Das ist das zentrale Anliegen der "Empowerment"-Perspektive, die nicht in Konkurrenz zu spezifischen psychotherapeutischen Angeboten steht, aber ihnen eine grundlegende Wertprämisse abgeben könnte.

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

Handlungen 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 Lebenssouveränität und den „aufrechten Gang“ fördern, also eine Empowerment-Perspektive und die ist ohne weitestgehende Einbeziehung der Betroffenen nicht vorstellbar.

SOZIALPOLITIK AUS EINER EMPOWERMENT-PERSPEKTIVE

Sozialpolitik muß ihr programmatisches Zentrum von der Kompensation "beschädigten Lebens" zu einer Empowermentperspektive verändern. Empowermentprozesse sind in einzelnen sozialpolitischen Handlungsfeldern bereits intensiv erprobt worden (vor allem im Selbsthilfebereich), aber sie sollten zum grundlegenden Gestaltungsprinzip von Sozialpolitik werden. Diese Forderung finden wir beispielsweise bei dem Frankfurter Staatsrechter Günter Frankenberg (1994; 1997). Eine demokratische Wohlfahrtsgesellschaft muß seiner Auffassung nach "der Handlungsautonomie der Betroffenen und handlungsermächtigenden Strukturen (*empowerment*) stets Priorität einräumen, die auf die Selbstorganisation sozialer Dienste und Leistungen angelegt sind" (Frankenberg 1994, S. 221). Sozialpolitische Leistungen (seien es Transferzahlungen, Sachleistungen oder personale Dienstleistungen) sollten von der Prämisse angeleitet sein, dass sie "Eigentätigkeit" und "Lebenssouveränität" voraussetzen und fördern. "Für den Fall, dass die Handlungskompetenz der Betroffenen infolge ihrer spezifischen Lebenslage eingeschränkt ist, konkretisiert sich die Pflicht zu ziviler Solidarität in unterstützenden Strukturen oder advokatorischen Formen der Sozialpolitik, die sich daran orientieren, die Betroffenen soweit wie möglich wieder zur Selbsthilfe zu befähigen" (ebd.). "Sozialpolitik als *empowerment* reaktiviert verschüttete, verkümmerte und überlastete soziale Bindungen ebenso wie sie neue ermutigt und fördert. Sie knüpft damit ein - zugegeben dünnes - soziales Band, das den Adressaten vermittelt, welcher Gemeinschaft sie angehören: Einer Zivilgesellschaft, die ihren Mitgliedern die selbstorganisierte Bewältigung ihrer Probleme zumutet und ermöglicht, darin aber zugleich eine Gemeinschaftsaufgabe sieht" (ebd., S. 222).

Belastungs-Bewältigungs-Modelle im Sinne der Salutogenese, die die Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen

Alltagswelt richten, eröffnen für eine Praxis und Politik der Gesundheitsförderung andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse wären, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflusst werden können. Hier setzt das "Empowerment"-Konzept an.

EMPOWERMENT UND WIDERSTANDSRESSOURCEN: EIN POLITISCHES PROJEKT

Aaron Antonovsky hat als Soziologe durchaus eine fachliche Offenheit für sozialstrukturelle und politische Prozesse. Sie werden in seinem Modell auch ausdrücklich als wichtige Bedingung für Widerstandsressourcen genannt, wenn er dazu letztlich nicht sehr viel sagt. Hier müssen wir aber anknüpfen, wenn wir Salutogenese und Empowerment zusammendenken wollen. Hier geht es um den unauflösbaren Zusammenhang von individuellem Handeln und den „ermöglichenden Strukturen“ (Berger & Neuhaus 1977 in ihrer Broschüre „To empower people“), die gesellschaftlich geschaffen werden müssen. Widerstandsressourcen sind also nicht nur die Energien und Möglichkeiten, die eine Person mobilisieren kann, sondern hier geht es um Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Amartya Sen hat es kürzlich in einem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit *und* die Macht gesellschaftlicher Einflüsse aus Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“ (2000, S. 9f.).

Amartya Sen hat das Konzept der „Verwirklichungschancen“ eingeführt und damit einerseits angeknüpft an der Idee der Freiheit und den gesellschaftlichen Bedingungen, 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“ (S. 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)“ (S. 95).

Wohlergehen hängt aus seiner Sicht in entscheidender Weise, wenn auch nicht allein vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Das verfügbare Realeinkommen erweist sich in mehrfacher Hinsicht verantwortlich für das Wohlergehen:

- 1) *Persönliche Eigenheiten*: Unterschiedliche „physische Eigenschaften, die mit Behinderung, Krankheit, Alter oder Geschlecht verbunden sind“, können unterschiedliche materielle Bedürfnisse bedingen.
- 2) *Unterschiede in den Umweltbedingungen*: Klimatische oder auch ökologische Belastungen „können sich darauf auswirken, was jemand mit einem bestimmten Einkommensniveau anfangen kann“.
- 3) *Unterschiede im sozialen Klima*: „Die Möglichkeit, persönliches Einkommen und persönliche Ressourcen in Lebensqualität umzusetzen“ (S. 90), hängt vom sozialen Kapital ab, also von Netzwerken, in denen Vertrauen entsteht.
- 4) *Unterschiede in den relativen Aussichten*: Gemeinschaften variieren in bezug auf die Standards, die jemand erfüllen muss, um dazugehören zu können, um „sich ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen“, wie es Adam Smith schon zu Beginn der Neuzeit formuliert hatte.
- 5) *Verteilung innerhalb der Familie*: „Verteilungsregeln innerhalb der Familie (etwa solche, die sich auf das Geschlecht, das Alter oder die für notwendig erachteten Bedürfnisse beziehen) können zu erheblichen Unterschieden bezüglich der Errungenschaften und der Lage der einzelnen Mitglieder führen“ (S. 91).

Auf die Berücksichtigung der Chancenperspektive drängen auch die relativen Armutskonzepte. Der dort definierte Abstand vom gesellschaftlichen Mittelwert kann sich als relative Unterversorgung mit Ressourcen, als unterdurchschnittlicher Lebensstandard sowie als mehr oder minder gravierender Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben (Exklusion) äußern. „Exklusion“ bezeichnet auch innerhalb der EU die aktuellsten Wohlfahrtsprobleme und die moderne Form von Ungleichheit.

Einkommensarmut, benachteiligte Lebenslagen und Ausgrenzung stellen verschiedene, einander ergänzende Diagnosekonzepte dar, die kombiniert und auf die Integration der Handlungsmöglichkeiten und Chancenangebote des aktivierenden Sozialstaats hin geöffnet werden müssen. Daher spiegelt am

ehesten ein weites Armuts- und Reichtumskonzept die Bandbreite der bestehenden Werturteile und Vorstellungen in angemessener Weise wider. Es erscheint auch besser geeignet, um Hinweise auf die Wirksamkeit unterschiedlicher politischer Maßnahmen und auf notwendige gesellschaftliche Reformen zu geben.

Ausgehend von relevanten Lebenslagen stützt sich diese breite Konzeption im Bericht auf Amartya Sens Konzept der Verwirklichungschancen. Armut ist dann gleichbedeutend mit einem Mangel an Verwirklichungschancen, Reichtum mit einem sehr hohen Maß an Verwirklichungschancen, deren Grenzen nur punktuell oder gar nicht erreicht werden. Mit diesem Ansatz kann an die im europäischen Kontext geführten Exklusionsdebatten angeknüpft werden. Da das Konzept der Verwirklichungschancen auch zahlreiche Übereinstimmungen mit dem Lebenslagenansatz aufweist, der bislang der Armuts- und Reichtumsberichterstattung zugrunde lag, lassen sich beide konzeptionelle Ansätze sehr weitgehend miteinander vereinbaren.

Teilhabe lässt sich an den Chancen und Handlungsspielräumen messen, eine individuell gewünschte und gesellschaftlich übliche Lebensweise zu realisieren. Die gesellschaftlich bedingten Chancen sind maßgeblich dafür, in welchem Umfang eigene Ziele mit den individuellen Potenzialen erreicht werden können. Der Staat kann Chancen eröffnen. Darunter fallen z.B. politische Beteiligung und Mitbestimmung, Arbeitsmarktzugang, Zugang zu Bildung und Gesundheitswesen, Wohnen, Infrastruktur für Kinderbetreuung, soziale Sicherheit. Aber jede und jeder Einzelne entscheidet darüber, ob sie oder er die Chancen nutzt.

Für die Kommunitarier kann es nicht um die Regeneration regressiver Gemeinschaftsideologien gehen. Für sie geht es um die Bestimmung des "ethischen Minimums" für eine humane Gesellschaft (so Walzer) und um Grundprinzipien demokratischer Gesellschaften, zu denen Taylor die drei folgenden rechnet:

- 1) Solidarität ist unteilbar und insofern ein einheitsstiftender Wert. Die Gesellschaftsmitglieder definieren sich als "Beteiligte am gemeinsamen Unternehmen der Wahrung ihrer Bürgerrechte". Der Antrieb dafür "kann nur aus einem Gefühl von Solidarität kommen, das die allge-

meine Verpflichtung zur Demokratie übersteigt und mich mit jenen anderen, meinen Mitbürgern, verbindet" (Taylor 1993, S. 14).

- 2) Partizipation ist die zweite Grundbedingung für Demokratie. Wichtig sind hier soziale "Bewegungen, in den sich Bürger selbst organisieren, um auf den politischen Prozeß einzuwirken. (...) Diese Bewegungen erzeugen einen Sinn für zivile Macht, ein Gemeinschaftsgefühl bei der Verfolgung von Zielen" (a.a.O., S. 16). Taylor plädiert für eine "weitgespannte Vielfalt von Formen direkter Partizipation" und für die Schaffung dezentraler politischer Einheiten, die "eine Beziehung zu lebendigen Identifikationsgemeinschaften haben (müssen)" (a.a.O., S. 17).
- 3) Sinn für gegenseitigen Respekt ist die dritte zentrale Bedingung. "Ohne diesen Respekt bliebe es unverständlich, warum das Gemeinwesen die Bürgerrechte gemeinschaftlich verteidigt. Wenn auch nur eine regional, ethnisch, sprachlich oder wie immer bestimmte Gruppe von Bürgern Anlaß zu der Annahme hat, daß ihre Interessen übergangen werden oder daß sie diskriminiert wird, ist die Demokratie in Frage gestellt." Besonders die Erfahrungen sozialer Ungleichheit bedrohen die demokratischen Grundwerte und deshalb kommt den "Einrichtungen des Wohlfahrtsstaates" eine so zentrale Bedeutung zu: "Er hat entscheidend dazu beigetragen, daß die Bürger sich gegenseitig eine gewisse Achtung bezeugen" (S. 18).

LITERATUR

- Antonovsky A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Basaglia, Franco & Basaglia Ongaro, Franca (Hg.): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt 1980.
- Bauman, Zygmunt: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Junius 1992.
- Bauman, Z. (1993). Wir sind wie Landstreicher. Die Moralität im Zeitalter der Beliebigkeit. Süddeutsche Zeitung vom 16./17.11.1993.
- Bauman, Zygmunt: Wasted lives. Modernity and its outcasts. Cambridge: Polity Press 2004.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Berger, P.L. (1981). Einladung zur Soziologie. München: List.
- Berger, P.L. & Neuhaus, R.J. (1977). To empower people. The role of mediating structures in Public Policy. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Bleuler, M. (1987). Schizophrenie als besondere Entwicklung. In K.Dörner (Hg.), Neue Praxis braucht neue Theorie. Ökologische und andere Denkan-

sätze für gemeindepsychiatrisches Handeln. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis, S. 18 - 25.

Blume, J. (2005). „Heute bin ich wieder drin“. Rückblick auf eine „Reha-Karriere“. In: Soziale Psychiatrie, 29, Heft 2, April, S. 24 – 27.

Böhm, I., Faltermaier, T., Flick, U. & Krause Jacob, M. (Eds.) (1992). Gemeindepsychologisches Handeln: ein Werkstattbuch. Freiburg: Lambertus.

Brandenburg, J. (2005). Was braucht der (Arbeits-)Mensch? Anmerkungen aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In: Soziale Psychiatrie, 29, Heft 2, April, S. 14 – 15.

Casey, J.F. (1992). Ich bin viele. Eine ungewöhnliche Heilungsgeschichte. Reinbek: Rowohlt.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1974). Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie I. Frankfurt: Suhrkamp.

Forster, R. (1997a). Psychiatriereform zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Forster, R. (1997b). Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Wien: Döcker Verlag.

Foucault, M. (1969). Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.

Gelatt, H.B. (1989). Positive uncertainty: A new decision-making framework. Journal of Counseling Psychology, 36, S. 252 - 256.

Gergen, K. (1991). The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life. New York: Basic Books.

Gerken, G. (1994). Die fraktale Marke. Eine neue Intelligenz der Werbung. Düsseldorf: Econ.

Giddens, A. (1991). Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1997). Jenseits von rechts und links. Frankfurt: Suhrkamp.

Goffman, E. (1972). Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp.

Keupp, H. (1987). Psychosoziales Handeln im gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (1988). Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg: Asanger.

Keupp, H. (1990). Gemeindepsychologie. In O. Speck & K.-R. Martin (Hg.), Handbuch der Sonderpädagogik, Band 10: Sonderpädagogik und Sozialarbeit. Berlin: Edition Marhold, S. 107 - 122.

Keupp, H. (1994). Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. München: Quintessenz.

Keupp, H. (1997). Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen: dgvt.

Kraus, W. (1996). Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne. Band 8 der Münchner Studien zur Kultur- und Sozialpsychologie (hg. H.Keupp). Pfaffenweiler: Centaurus.

Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1997). Die Mitgestaltung der Institutionen durch ihre NutzerInnen. Sozialpsychiatrische Informationen, 27, Heft 4, S. 337 - 356; deutsch: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17, 1985, S. 257 - 278.

Rauschenbach, B. (1994). Die Wiederkehr des Behemoth. Postmoderne zwischen Spiel und Bürgerkrieg. Journal für Psychologie, 2, 1994.

Rose, A.M. (1962). A social psychological theory of neurosis. In ders. (Ed.), Human behavior and social processes. Boston: Houghton Mifflin, S. 537 - 549.

Sen, A. (2000). Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser.

- Stark, W. (Ed.) (1989). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Stone, H. & Stone, S. (1994). Du bist viele. Das 100fache Selbst und seine Entdeckung durch die Voice-Dialogue-Methode. München: Heyne.
- Thoits, P. (1986). Multiple identities and psychological wellbeing. *American Sociological Review*, 51, S. 259 - 272.
- Thoits, P.A. (1995). Identity-relevant events and psychological symptoms: A cautionary tale. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 72 - 82.
- Toulmin, S. (1991). Kosmopolis. Die unerkannten Aufgaben der Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Voelzke, W. (1997). Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. Vortrag bei der 10. Jahrestagung der Klinischen Psychologen/-innen des Landschaftsverbandes Rheinland am 30.10.1997.
- Welsch, W. (1990). Identität im Übergang. In ders., *Ästhetisches Denken*. Stuttgart: Reclam, S. 168 - 200.