

VON DER VERBETRIEBSWIRTSCHAFTLICHUNG PSYCHOSOZIALER ARBEIT - WARUM WIR UNSERE SPRACHSPIELE ERNST NEHMEN SOLLTEN

Heiner Keupp

Vortrag bei der Weimarer Psychotherapiewoche 2006 am 18. September 2006

Auch in der Psychotherapieszene wird über Qualität diskutiert und das ist natürlich gut so. Der aktuelle Qualitätsdiskurs steht in der Tradition der Suche nach angemessenen Gütekriterien psychosozialer Arbeit. Die Geschichte des Wohlfahrtsstaates läßt sich als ein permanenter Suchprozess nach immer besseren Lösungen für soziale Probleme sehen. Neu in der Suche nach Qualität ist die betriebswirtschaftliche Management-Perspektive. Sie ist angesichts knapper werdender Mittel für öffentliche Angelegenheiten zu einer notwendigen Dimension geworden, aber sie darf nicht die sprachliche und gedankliche Hegemonie bei der Festlegung von Qualitätsstandards erlangen. Diese brauchen nach wie vor eine inhaltlich-fachliche Begründung, die heute von der Idee einer aktiven Bürgergesellschaft geprägt sein sollte. Im Spannungsfeld von zivilgesellschaftlichen und Effizienzkriterien muss der Qualitätsdiskurs entfaltet werden. Mit diesem Vortrag wird für eine reflektierte und eigenständige Definition von qualitativvoller psychosozialer Arbeit plädiert und für eine kritische Distanz gegenüber neoliberalen Standardisierung in Sprache und Denken.

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 Scherung 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? Be-

schwerde-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 wieder. 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.

Als Schnellkurs zur Aneignung biete ich ihm die Übersetzung eines ihm wohlbekannten Märchens in die neue Sprache an: „Rotkäppchen und der Wolf“. Die Geschichte kennen wir alle. Sie ist nur aus der Sprache der Gebrüder Grimm in einen „zeitgemäßen“ Jargon übertragen worden (die Übersetzung verdanken wir Renate Schernus (1997b, S. 21):

„Die Story beginnt fokussierend auf der Interaktion zweier Elemente eines familiären Subsystems: Mutter und Tochter.

Mutter: 'Rotkäppchen, zu unserem familiären network gehört grandma. Ihre Produktionskraft ist zwar erlahmt, ihre Kaufkraft jedoch intakt. Sie kann Dienstleistungen zielorientiert in Anspruch nehmen und entsprechend vergüten. So trägt sie zur Stabilität unseres Gesamtsystems bei. Allerdings erzwingt ihr psychophysischer Gesamtzustand einigen Aufwand in den Betreuungsleistungen. Ein Fall von case-management. Nimm's in deine Hand. Bring ihr ein paar adressatengerechte Produkte.'

Rotkäppchen: 'Ziemlich top down gemanagt, Mum. Hast du in deinem Qualitätszirkel nicht gelernt, daß ein produktives Arbeitsklima einen dialogischen Führungsstil erfordert? Menschenbild überprüfen, Ma'am, don't forget it!'

Mutter (etwas affektiv dereguliert): 'Damned kid! Grandma trägt effektiv zur Standardverbesserung deines outlooks bei. Dein roter Hut hätte unsere Kaufkraft total überfordert.'

Rotkäppchen: 'Nicht gerade trendy, das Rot! Na denn, im Sinne von total business partnership übernehme ich die Prozessverantwortung für diesen kundenorientierten Service. Wie sieht dein Angebotsprofil eigentlich aus?'

Mutter: 'Cake und eine bottle >Jonny Walker<.'

Rotkäppchen: 'Da war wohl die Bedürfnisorientierung dein zentrales Gestaltungsprinzip. ISO 9.001, wenn ich nicht irre.'

Mutter: 'Vor allem: Prozessqualität vor Ergebnisqualität. Deshalb beweg' dich. Besinn dich auf deine Innovationsfreundlichkeit, die grandma so liebt, mein Kind, und geh' das Projekt zielorientiert an. Und pass auf: ohne critical pathways und practice guidelines kann der Weg zu enormen Fallverlusten führen.'

Rotkäppchen: 'O.k., Ma'am. Let us die Qualitätsdiskussion finishen. Das Procedure ist genannt, die Ergebnisrelevanz erkannt. Allerdings finde ich, daß grandma fehlplatziert ist. Mitten im Wald, das ist doch gegen jedes Normalisierungsprinzip.'

Mutter: 'Vergiss nicht die modulbegleitende Kommunikation und sag' grandma >Guten Tag<. Nur so kannst du die zufriedene Ausgeglichenheit bei ihr erzeugen, die gleichzeitig eine Weiterentwicklungsoption enthält. Weich in keinem Fall vom Projektstrukturplan ab, indem du modulüberschreitende Interessen zeigst.'

Rotkäppchen: Relax, Ma'am. Bin voll am Wert-Kosten-Quotienten orientiert.'

So ging Rotkäppchen in die komplexe Natur (Wald) hinaus."

Sie kennen das Ende der Geschichte: „Die Story endet natürlich so, wie durch die Ablaufvorgabe der TUB/AG der Gebrüder Grimm & Co. vorgegeben. Jedenfalls hatte der Wolf gar kein outcome mehr - kein gutes und kein schlechtes. An seinem Ableben haftet für alle Zeiten das Stigma sinnloser Materialverschwendung. Mit weniger Steinen im Bauch wäre er schließlich auch im Pool ertrunken.“

Mit dieser ersten Lektion in der neuen „Fremdsprache“ gerüstet, greift sich mein altgedienter Kollege ein Heft der „Neuen Praxis“ und stößt auf einen - wie ich finde - lesenswerten Artikel mit dem Titel „Jugendamtsakteure im Steuerungsdiskurs“ (Schnurr 1998). Ohne eine zweite Lektion 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 preisgegeben 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 notwendige 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". Renate Schernus, eine leitende Psychologin aus der Psychiatrischen Klinik in Bethel, hat in einer gescheiterten Analyse der "Ökonomisierung des Sozialen" (1997a) einen besonderen Trupp von Wörtern untersucht, der seit einigen Jahren zunehmend auch im Sozialen die Denkschienen legt und die Denkbahnen vorzeichnet. Wer diese Wörter nicht in seinen Wortschatz aufnimmt, hat gute Chancen als altmodisch bezeichnet zu werden oder als Qualitätsmuffel. Man hat einfach zu wissen, was "clinical pathways" sind, nämlich "ein potentes Instrument zur Optimierung von Verfahrensabläufen". Sollte man zugeben, nicht zu wissen, was denn clinical pathways seien, bekommt man dann - sogar in ausschließlich deutschem Vokabular! - eine präzise Interpretation: Sie sind "eine integrative Wegbeschreibung zur Koordination einer Vielzahl paralleler Aktivitäten in einem engen Zeitrahmen" (Thiemann 1996, zit. nach Schernus 1997a, S. 5).

Es ist schon wichtig, diese neuen Sprachspiele des Qualitätsmanagement einmal genauer zu untersuchen. Renate Schernus hat es getan, die Worte des Qualitätsdiskurses gesichtet und hat ihre Befunde in vier Gruppen gebündelt:

- ° *Worte mit Maximalisierungstendenz*; z.B. flächendeckend, umfassend, total, effektiv, hocheffizient, exakt, ideal, potent; oder als Hauptworte: z.B.: Maximierung der Resultate, Ablaufoptimierung etc;
- ° *Worte mit Tendenz zur Linearität*; z.B. kontinuierlicher Verbesserungsprozess (auch KVP genannt), Ablaufschritte, Schnittstellenregulierung, Betreuungsplanung, Outcome, Weiterentwicklungsoption, Sachzielorientierung, Leistungserstellungsprozess;
- ° *marktorientierte Worte*; z.B. Kaufkraft, Kunden, Nutzer, Verkaufsverhandlung, Konkurrenzfähigkeit, Wertschöpfungsprozess, arbeitsmarktrelevanter Schulabschluss, Konsumentenouveränität, Humankapital, Pflegemarkt, kostentreibende Altersentwicklung etc.
- ° *Worte mit Atomisierungstendenz*; z.B. Modul, Baustein, Leistungspaket, Maßnahme.

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, welcher Begriffe wir uns bedienen. Dazu noch einmal Uwe 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 gefangenhält". 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 PatientInnendiskursen 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 Kopplung 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 im Sinne unseres ehemaligen Kanzlers entscheidend, „was hinten raus kommt“, 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, die 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 politisch engagiert. Und er ist trotz seiner schweren Krankheit eine beeindruckende Persönlichkeit des öffentlichen Lebens. Wer hätte es für möglich gehalten, daß aus dem „Großmaul“ eine moralische Instanz werden würde. Viele waren tief gerührt, als er bei der Eröffnungsfeier der Olympischen Spiele in Atlanta die Fackel mit dem olympischen Feuer übernahm. 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“ (Merchel 1998, S. 27). Nichts gegen die "Optimierung von Verfahrensabläufen", aber macht das die Qualität guter Praxis aus? Ebenso wenig, wie man menschliche Beziehungen begradigen 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 Psychoprofi 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 Qualität 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 Gemeindenähe, 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 qualitätsvollen 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, benötigten 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 (PSAG, SPDi, Verbundsystem etc.). Es war die Phase der aktiven Umgestaltung und die braucht in aller Regel einen Macher-Jargon, 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 nur 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. Für 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 Verbreitung 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, S. 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, Jugendhilfereferent beim Dachverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Struck 1999, S. 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 Qualitätsdiskussion“ (S. 17) überwunden werden. „Dokumentationsschikanen des von der Leitung exekutierten Qualitätssicherungssystems“ (ebd.).

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

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

(1) 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, 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 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.).

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 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.

Damit bin ich auch schon bei dem zweiten Bezugspunkt für Qualität in der psychosozialen Versorgung, bei dem ich die Psychotherapie direkt thematisieren möchte:

(2) Die politisch-normative Dimension von Qualität.

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?

Die aktuellen fachlichen und öffentlichen Diskurse zur Psychotherapie weisen zwei miteinander verbundene typische Vereinseitigungen auf. Einerseits ist fast nur von der Anbieterseite die Rede und sie wirkt schulenspezifisch oder berufsständisch verkürzt. Andererseits wird Psychotherapie auf seine therapeutisch-technische Seite reduziert. Natürlich konstruiert jeder psychotherapeutische Diskurs auch ein Bild von den Klientinnen und Klienten der therapeutischen Dienstleistungen. Das gegenwärtig vorherrschende Bild von Nutzerinnen und Nutzern psychotherapeutischer Angebote ist ein individualisiertes Subjekt, von dessen realem Lebenskontext kaum mehr die Rede ist. Diese Subjekte suchen psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung konkreter Lebensschwierigkeiten. Dieses sind Ängste, Selbstwertprobleme oder lebens- und erlebnishinderliche Symptome. Auf sie bezogen, werden psychotherapeutische Angebote gemacht. Die

alltäglichen Lebensbedingungen in spezifischen soziokulturellen Kontexten scheinen keine Rolle zu spielen. Jedenfalls kommen sie nicht vor.

Dies lässt sich in exemplarischer Weise an zwei Büchern aufzeigen. Wolfgang Schmidbauer (1997), der erfolgreiche Sachbuchautor und Psychoanalytiker, hat einen Psychotherapieführer vorgelegt, der sicherlich weite Verbreitung gefunden hat; Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer (1994) haben eine umfangreiche und einflussreiche Studie über die Wirksamkeit der wichtigsten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden publiziert, die gerade im Zusammenhang mit der Psychotherapiegesetzgebung höchste Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. In beiden Büchern wird im jeweiligen Einleitungsteil von den soziokulturellen Prozessen gesprochen, auf deren Hintergrund die Entstehung von und Nachfrage nach Psychotherapie überhaupt nur verstanden werden können. Dazu Schmidbauer: "Die Auflösung überlieferter Bindungen und die im Entwurf des eigenen Lebens enthaltene Chance, 'ganz anders' zu sein als Vater und Mutter, vervielfachen auch die Möglichkeiten des Konflikts. Die Realität der Berufsarbeit erfüllt nicht die hohen Glückserwartungen, der Liebespartner erfüllt die Sehnsucht nicht, es 'ganz anders' (implizit: 'viel besser') zu haben als die Eltern in ihrer Ehe. Jeder einzelne muss um sein eigenes Gleichgewicht zwischen Gefühls- und Triebwünschen, wirtschaftlicher Anpassung und persönlichen Idealen ringen. Neue Dienstleistungsberufe versprechen angesichts dieser schwierigen Situation, zu beraten und zu unterstützen" (1997, S. 9). Mit dieser soziokulturellen Verortung der Psychotherapie sind die Aussagen zum gesellschaftlichen Kontext auch schon abgeschlossen und im Weiteren werden einzelne psychotherapeutische Verfahren skizziert. Was Wolfgang Schmidbauer mit dem Blick auf "Interessierte und Betroffene" - so im Untertitel des Buches - zusammenträgt, findet in dem voluminösen Werk von Grawe et al. seine Entsprechung. Dieses richtet sich an die klinisch-psychologische Fachwelt. Auch in diesem Werk wird der Prozess der Modernisierung als Bedingung für die Entstehung von Psychotherapie angesprochen. Er habe eine Bewusstseinsentwicklung ermöglicht und gefördert, die zu einer reflektierend-distanzierenden Betrachtung der eigenen psychischen und äußeren Existenzbedingungen führt. In diesem Zusammenhang kann man folgende programmatischen Sätze lesen: "Die realen gesellschaftlichen Lebensbedingungen prägen das Bewusstsein und die psychische Verfassung der Individuen, die in dieser Gesellschaft leben, und dieses Bewusstsein ist gleichzeitig Träger der realen Lebensformen". Die Rede ist weiterhin von einem "engen Zusammenhang zwischen den jeweiligen sozioökonomischen Lebensbedingungen und dem vorherrschenden Bewusstsein des Menschen von sich selbst in Beziehung zu seiner Um- und Mitwelt sowie den kulturellen Produkten dieser Gesellschaft" (1994, S. 5). Sol-

che Sätze wecken die Erwartung, dass psychotherapeutisches Handeln und seine Effizienz - zumindest auch - im Hinblick auf sozioökonomische Herkunfts- und Lebensbedingungen evaluiert werden. Auch wenn diese Erwartung beim Weiterlesen zunächst nicht erfüllt wird, erhält sie bei der Exposition des Auswertungskatalogs für die vorhandenen Therapiestudien doch wieder ein bisschen Nahrung. Bei den fast eintausend Einzelmerkmalen, die mit dem Auswertungskatalog erfasst werden sollen, tauchen sozialstrukturelle Merkmale wie "Schichtzugehörigkeit" und "Berufsgruppenzugehörigkeit" (S. 62) auf, um dann damit endgültig abgehakt zu werden. Bei der Bewertung einzelner psychotherapeutischer Verfahren und ihrer vergleichenden Evaluation spielt die Frage, ob Menschen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen das psychotherapeutische Angebot unterschiedlich nutzen und möglicherweise auch in unterschiedlicher Weise daraus Nutzen ziehen, keine Rolle mehr.

Hier schließe ich mit einer ersten These an:

1. 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, gerade auch im Rahmen der GVT. 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 Rezeption der Forschungsbefunde, die die große Bedeutung sozialstruktureller Lebensbedingungen für die Entstehung und Bewältigung psychischen Leids aufzeigten (z.B. Gleiss, Seidel und 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: Cremerius, Hoffmann und Trimborn 1979; Menne und 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:

2. Die in klassischen sozialepidemiologischen Befunden nachweisbaren psychosozialen Konsequenzen sozialer Ungleichheit bzw. die „gesundheitspolitische Hypothese 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, S. 122). Die aus der Not geborenen sozialen Netzwerke von Alltagssolidarität, 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" (Beck 1986, S. 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., S. 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:

3. Im Zuge einer allmählichen ideologischen Entsorgung der „Klassenfrage“, die konservative Formel von der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ tat seine 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.

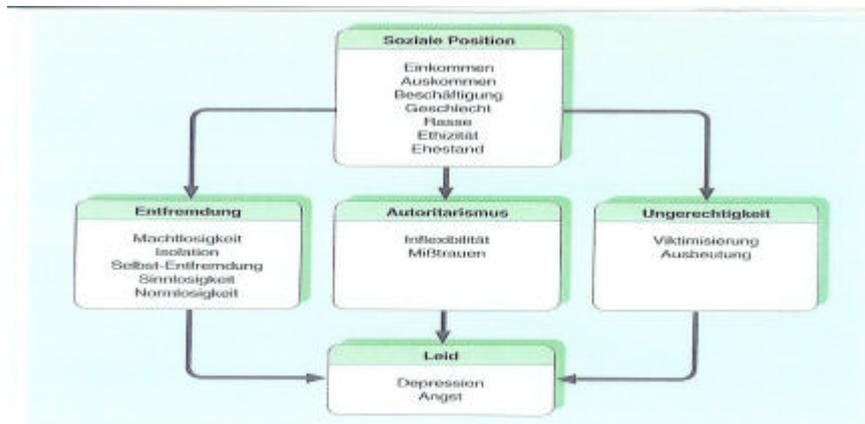
Schon in den 90er Jahren drehte sich der Wind. Zunächst begann man in den USA der sozialen Ungleichheit und ihren Konsequenzen für die individuelle Gesundheit große Beachtung zu schenken und auch in Deutschland entstehen wieder Forschungsprojekte, die sich vor allem mit dem Thema Armut und Gesundheit 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; Helmer 2003; Robert-Koch-Institut 2005). In einem groß angelegten transkulturellen Projekt, in dem der Zusammenhang von sozialstruktureller "Klassenposition" und psychosozialen Wohlbefinden für die USA, Japan und Polen vergleichend untersucht wurde, hat sich dieser Zusammenhang ganz eindeutig bestätigen lassen (Kohn et al. 1990). Eine vom National Institute of Mental Health der USA eingesetzte Expertinnengruppe zur psychischen Gesundheit der Frauen der USA kommt zu dem Ergebnis, dass "die positive Korrelation zwischen Armut und psychischer Störung einer der am besten fundierten Forschungsergebnisse in der psychiatrischen Epidemiologie" darstellt (Russo 1990, S. 370). Und der produktivste Sozialepidemiologe des letzten Vierteljahrhunderts, Bruce Dohrenwend, zeigt auf, dass auch die sozialepidemiologischen Projekte der letzten Jahre in überzeugender Weise die unverändert bedeutsame Rolle makrosozialer Einflüsse auf die psychosoziale Situation von Menschen belegt hätten. In der renommierten disziplinübergreifenden Zeitschrift "Science", in der psychologische Themen höchst selten repräsentiert sind, haben Dohrenwend, Levav, Shrout et. al. (1992) den einschlägigen Forschungsstand dargestellt. Gerade in den USA wurden nach der neokonservativen Reagan-Ära, in der das Bewusstsein für Fragen der sozialen Ungleichheit und Gerechtigkeit deutlich nachgelassen hatte und sozialstaatliche Systeme abgebaut wurden, diese Fragen wieder gestellt. Besorgt stellte ein führender Sozialmediziner der USA vor einiger Zeit fest: "... es hat den Anschein, als würden in jüngster Zeit die Mortalitätsunterschiede zwischen den sozialen Schichten größer und nicht kleiner" (Sagan 1992, S. 238). In den sozialepidemiologischen Befunden scheint sich eine Bestätigung für Becks (1986, S. 117) Vermutung finden zu lassen: "Verschärfung *und* Individualisierung sozialer Ungleichheit greifen ineinander".

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 Belastun-

gen 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 ein erheblicher Anteil 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.

In diesem Zusammenhang kann man auch an den klassischen Begriff der "Entfremdung" anknüpfen. Er ist geeignet, jene Bedingungen genauer zu benennen, die zu passiven und fatalistischen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse führen. Entfremdung lässt sich in den folgenden fünf unterschiedlichen Konstellationen zusammenfassen, für die es jeweils beweiskräftige Befunde gibt (nach Mirrowsky & Ross 1989): Subjektive Erfahrungen von "Machtlosigkeit", "Selbst-Entfremdung", "Isolation", "Sinnlosigkeit" und "Normverlust" sind ausgeprägter je weiter wir in der sozialen Hierarchie nach unten gehen. Die Erfahrung von "Ungerechtigkeit" bei der gesellschaftlichen Verteilung von materiellen und symbolischen Gütern, Einfluss und Chancen wird als zweite vermittelnde Größe zwischen sozialer Position und psychosozialer Leiderfahrung eingeführt. Und schließlich wird noch der "Autoritarismus" eingeführt, der in den unteren sozialen Schichten ausgeprägter vorkommt und der mit einer kognitiven und emotionalen Rigidität einhergeht, die bezogen auf die in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft geforderten sozialen Kompetenzen zunehmend dysfunktional wird. Das Vertrauen in eine berechenbare Welt, für die man eine adäquate Sozialisation und Ausbildung erworben hat, geht verloren. In einer ängstlich-misstrauischen Grundhaltung erwartet man eine feindliche Welt, die dann auch genauso erfahren wird,

als Welt, in der nichts Gutes erwartet werden kann, die ungerecht, ausbeuterisch, gewalttätig und zunehmend fremd erlebt wird und die eigene Lebenssouveränität unterminiert.



Psychisches Leid und soziale Erfahrungen (nach Mirowsky & Ross 1989, S. 98).

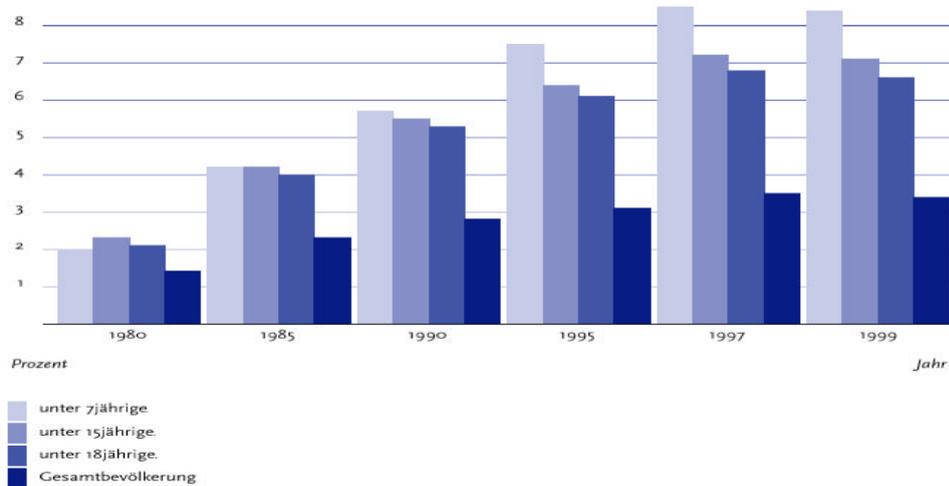
Diese Befunde zeigen sozialstrukturelle Begrenzungen souveräner und selbstgestalteter Lebensführung auf und die Ideologieträchtigkeit von Ansätzen der Gesundheitsförderung, die Gesundheit zu einer Angelegenheit von Lebensstil und guter Laune machen, also im Grunde auf unbegrenzte individuelle Bewältigungsressourcen setzen. Dieses Modell sollte aufzeigen, wo gesellschaftliche Fremdbestimmung, Enteignung von Alltagskompetenzen, die Zerstörung menschlicher Gestaltungsräume und die wachsenden ökologischen Risiken durch individuelle Bewältigungsstrategien letztlich nicht überwunden werden können und geeignete gesellschaftliche Strukturreformen erforderlich sind.

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 hoch von Armut betroffen sind und Familien mit Kindern nicht selten mit dem „Armutrisiko“ zu leben haben. Susanne Mayer hat es in DIE 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 Armutrisiko der Kinder höher (28 Prozent), in Dänemark liegt es bei 11 Prozent. Widerfährt deutschen Kinder 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.“

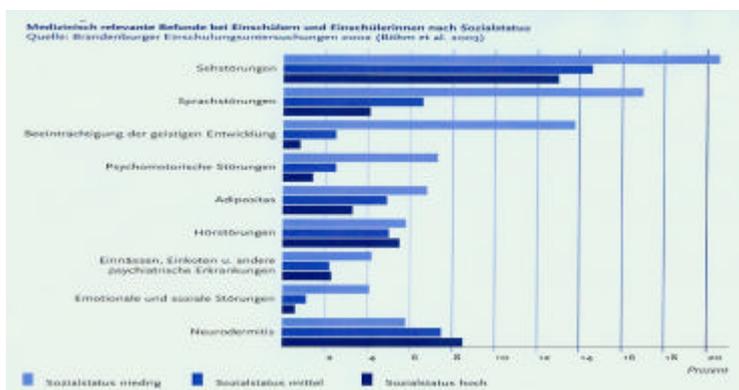
Könnten Kinder sich ihr Geburtsland aussuchen, nun, Deutschland wäre vermutlich nicht die erste Wahl“ (DIE ZEIT Nr. 42 vom 09.10.2003).

Tabelle: Sozialhilfeabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen



Quelle: Robert-Koch-Institut (Hg.) (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen.

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:



Werden Kinder älter, bleiben diese Effekte unverändert erhalten (Quelle: HBSC-Survey; vgl. Hurrelmann et al. 2004):

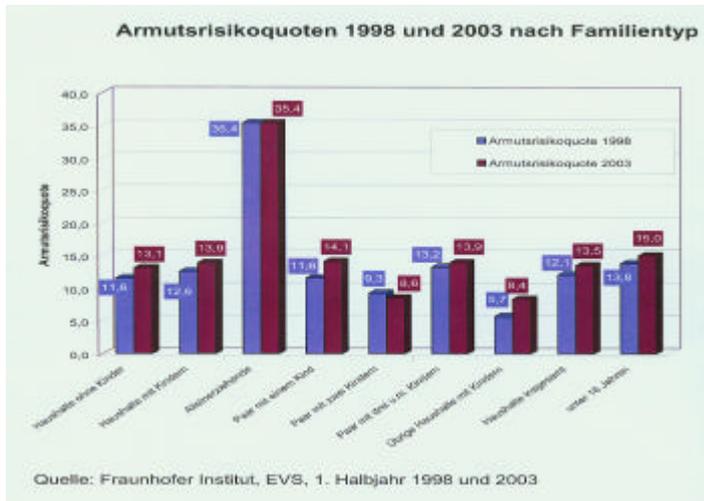
Tabelle: Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen (12 – 16 Jahre) nach der sozialen Lebenslage (in Prozent; gerundet)

Gesundheitsindikatoren	Armutsguppe	Übrige	Odds-Ratio
Gesundheitszustand: Nicht sehr gut	12	7	1,8
Subjektives Wohlbefinden: Nicht sehr glücklich	20	11	2,1
Selbstbewusstsein: Selten / Nie	24	16	1,6
Hilflosigkeit: Häufig / Immer	9	4	2,3
Einsamkeit: Sehr / Ziemlich oft	16	9	1,9
Fühle mich allgem. schlecht: Öfters in der Woche	9	5	2,0
Schlafstörungen: Öfters in der Woche	25	20	1,4
Kopfschmerzen: Öfters in der Woche	14	12	...
Magenschmerzen: Öfters in der Woche	11	7	1,8
N=3272	588	2575	

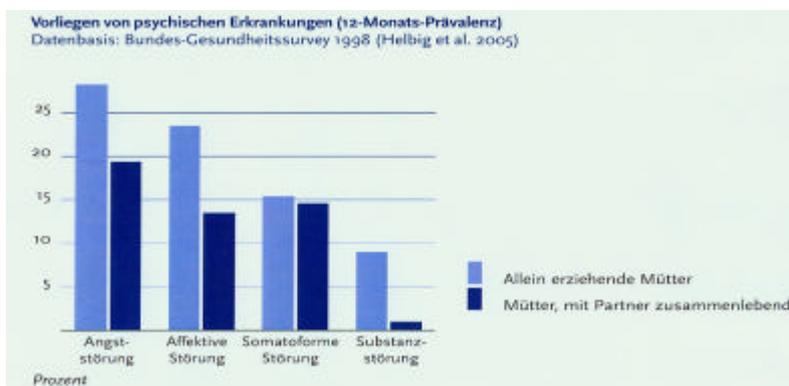
Da materielle Ressourcen auch eine Art Schlüssel im Zugang zu anderen Ressourcen bilden, entscheiden sie auch mit über Zugangschancen zu Bildung, Kultur und Gesundheit. Hier liegt das zentrale und höchst aktuelle sozial- und gesellschaftspolitische Problem. Eine Gesellschaft die sich ideologisch, politisch 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. Von der Chance auf Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozess in Form von sinnvoller Tätigkeit und angemessener Bezahlung ist für Heranwachsende kaum möglich, Autonomie und Lebenssouveränität 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 Schiefelage sei die im Durchschnitt längere Lebenserwartung von Besserverdienenden, berichtet das Magazin «Der Spiegel» (vom ...). 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 eindeutig mehr psychische Störungen:



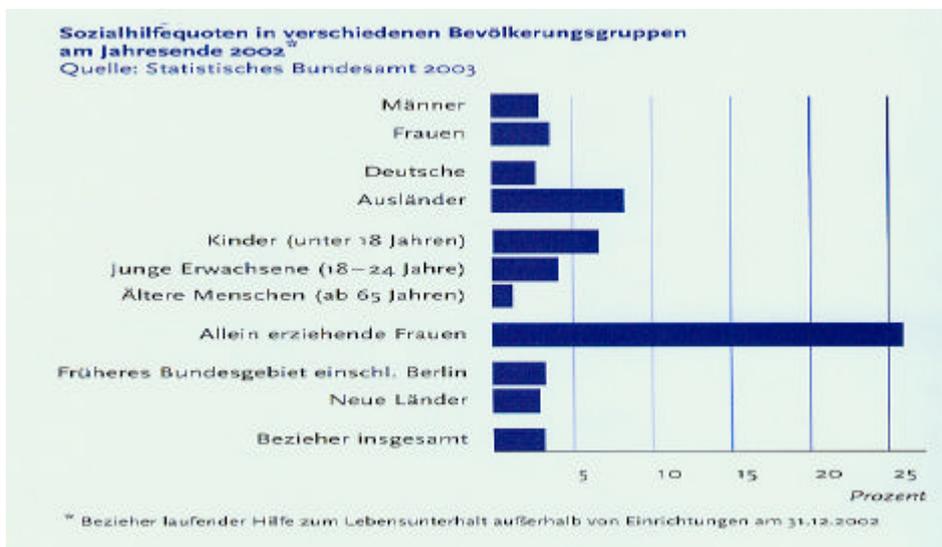
Aber auch im Gesamtspektrum psychischer und körperlicher Krankheiten ist die negative Spitzenstellung der alleinerziehenden Mütter eindeutig belegt:

Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten
 Angaben in Prozent
 Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI 2003)

Ausgewählte Krankheiten	Allein erziehende Mütter	Verheiratete Mütter
Chronische Bronchitis	9,0	3,9
Leberentzündung, Hepatitis	10,2	4,1
Nierenbeckenentzündung	23,6	14,2
Nierensteine, Nierenkolik	15,7	5,2
Migräne	36,0	26,3
Psychische Erkrankung	24,7	10,9
Kontaktallergien	25,0	34,8
Sonstige Allergien	14,9	20,4
Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter	25,3	17,2

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 die 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 allemal 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 Ausgrenzungsfahr 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:

4. 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, insbesondere wenn sie von Dauer ist, gehen mit einer deutlichen Verschlechterung von Teilhabemöglichkeiten einher. Reichtum, Wohlstand und eine gesicherte berufliche Stellung führen zu einer überdurchschnittlichen Zufriedenheit mit der gesellschaftlichen 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 Ausschluss aus dem „Kern“ unserer Gesellschaft.

Man muss sich ernsthaft mit der Frage auseinandersetzen, ob die gesellschaftliche Entwicklung eine Situation herstellt, die wir in den 70er Jahren zwar bereits als Horrorvision präsentiert bekamen, die aber eigentlich nur zu dem Arsenal jener Negativutopien gehörten, von denen wir uns empört abgewendet haben, um uns gegenseitig moralisch zu versichern, dass wir mit einem solchen Szenario nie etwas zu tun haben würden. In jener Zeit hatte Jürgen Ruesch einen psychiatrischen Blick auf das geworfen, was er „postindustrielle Gesellschaft“ nannte. Jürgen Ruesch ist einer der Profiliertesten aus der Gründerzeit der amerikanischen Sozialpsychiatrie. Zusammen mit Gregory Bateson hat er 1951 einen klassischen Versuch unternommen, die Sozialpsychiatrie als systemische Perspektive zu begründen (1995 wurde dieses Buch unter dem Titel „Kommunikation. Die soziale Matrix der Psychiatrie“ endlich auch ins Deutsche übersetzt). Dieser Jürgen Ruesch hat 1969 auf einer Tagung der „World Federation for Mental Health and Social Psychiatry“ zum Thema „Auf dem Weg zur gesunden Gemeinde“ einen Vortrag gehalten, den ich 1972 erstmals gelesen habe. Ich hatte damals das Gefühl, einen science fiction-Text zu lesen, der in der Gegenwartsdiagnose grob daneben langt und eine Mentalität formuliert, die aus der Orwellschen Mottenkiste stammt. Ich habe diesen Text wieder entdeckt und es hat mich auf ganz andere Weise gebeutelt, als damals. Ich habe den Eindruck, dass Ruesch einen erstaunlichen Weitblick hatte, seine Prognostik traf vieles, womit wir heute konfrontiert sind. Für ihn zeichnete sich eine „postindustrielle Gesellschaft“ ab, in der nur noch eine kleine Kerngruppe, die „neue Elite“, benötigt wird, um ein hohes Niveau von Produktivität zu sichern. Wie groß ist diese neue Elite und vor welchen sozialen Pathologien muss sie geschützt werden? Nach der Bildung unterschiedlicher Indikatoren, quantitativen Schätzungen und Gruppenbildung kommt ein Schalenmodell der Gesellschaft heraus, in dessen Zentrum eine kleine Führungs- und Produktionseleite platziert ist, in einer nächsten Schicht geht es um den Bereich wichtiger Dienstleistungen und dann kommt der große Bereich der „Nicht-Arbeitswelt“. Ruesch liefert folgende Zahlen für diese Gesellschaft: „... der Kern (umfasst) nur 10 Prozent, während die sich um den Kern formierende Gruppe 25 Prozent ausmacht. Somit verrichtet ungefähr ein Drittel der Gesamtbevölkerung eine bestimmte Arbeit und wird dafür entlohnt. Die Kranken (zu denen auch die Alten zählen), Arbeitsunfähigen und Kinder stellen 65 Prozent, das sind zwei Drittel, der Ge-

samtbevölkerung. Diese Gruppe lässt sich als 'Nicht-Arbeitswelt' definieren" (S. 85). Im Titel seines Referates bezeichnet Ruesch diese Gruppe als „misfits“, die „sozial Unfähigen“, zu denen also nicht nur Menschen mit physischen und psychischen Störungen gehören, sondern auch die Gruppe, die durch „social disability“ gekennzeichnet ist. Zu ihr „müssen all jene gerechnet werden, die aufgrund ihrer Bildung, ihrer Ausbildung und ihres wirtschaftlichen Status gesellschaftlichen Verzicht leisten mussten und außerstande sind, das technische und kulturelle Angebot unserer Zivilisation zu nutzen“ (S. 91). Ihnen fehlen die Basisqualifikationen des Spätkapitalismus: Zeitmanagement, Spaltung zwischen privaten und öffentlichen Angelegenheiten, höchste Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit.

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" (S. 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 Migranten, Flüchtlinge und für „überflüssig“ gehaltene Menschen. Sie leben unter uns, aber gehören nicht dazu.

Hier schließe ich meine fünfte These an:

5. 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 für 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“ (S. 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 viele 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/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“ (S. 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:

6. 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 ge-

undheitlichen 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.

Abschließend möchte ich noch ein Konzept einführen, das für alle psychosozialen und politischen Projekte zur Überwindung sozioökonomischer Ungleichheit eine wichtige Grundlage bilden könnte und das sogar in den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung von 2005 Eingang gefunden hat. Dort heißt es: „Ausgehend von relevanten Lebenslagen stützt sich diese breite Konzeption im Bericht auf Amartya Sens Konzept der Verwirklichungschancen. Das Konzept versteht unter Verwirklichungschancen 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. 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. Reichtum wäre gleichbedeutend mit ‚Privilegierung oder Macht‘, und Armut lässt sich so auch als ‚Ausgrenzung von gesellschaftlich bedingten Chancen‘ interpretieren. Armut im Sinne sozialer Ausgrenzung und nicht mehr gewährleisteter Teilhabe liegt dann vor, wenn die Handlungsspielräume von Personen in gravierender Weise eingeschränkt und gleichberechtigte Teilhabechancen an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft ausgeschlossen sind. Diese Definition enthält neben dem relativen Charakter auch die Mehrdimensionalität von Armut. Armut bezieht sich demnach auf die Ungleichheit von Lebensbedingungen und die Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard“ (S. 9).

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“ (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. Dieses wird aber noch wichtigen zusätzlichen Faktoren bestimmt:

- 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).

Teilhabe wie auch Ausgrenzung beschreiben weniger Zustände als vielmehr Verläufe und den Grad der Nutzung von Potenzialen. Teilhabe lässt sich an den Chancen und Handlungsspielräumen messen, eine individuell gewünschte und gesellschaftlich übliche Lebensweise zu realisieren. Von Bedeutung hierfür sind vor allem folgende Dimensionen:

- . Einkommen und Vermögen stellen in jeder Geldwirtschaft die Voraussetzung für eine Vielfalt von Verwirklichungsmöglichkeiten dar. Einkommensarmut ist jedoch lediglich ein – wenngleich oft sehr wichtiges - Element für die Identifikation von Armut als Mangel an Verwirklichungschancen.
- . Darüber hinaus haben auch nicht-materielle Ressourcen (wie zum Beispiel Bildung, Gesundheit und soziale Kompetenzen) maßgeblichen Einfluss auf die individuellen Verwirklichungschancen.
- . Schließlich entscheiden gesellschaftlich bedingte Chancen darüber, welche Konsequenzen sich aus solch unterschiedlichen individuellen Potenzialen im Endeffekt tatsächlich ergeben.

Und ich schließe mit meiner letzten These:

7. 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 Verwirklichungschancen 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.

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 qualitätvollen 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.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp 1986.
- Böhm, A., Ellsäßer, G. & Kuhn, J. (2003). Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles lernen kann.
- Böhnke, P. (2005). Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen: Barbara 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 Erfahrung und soziologischer Rekonstruktion. In: Mittelweg 36, 13, 4/2004, S. 3 – 15.
- BUND & Misereor (Hg.) (1996). Zukunftsfähiges Deutschland. Ein Beitrag zu einer global nachhaltigen Entwicklung. Basel: Birkhäuser.
- 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.
- Dettling, W. (1998). Wirtschaftskummerland? Wege aus der Globalisierungsfalle. München: Kindler.
- Dettling, W. (1995). Politik und Lebenswelt. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- 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.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., ShROUT, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodal, A. E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: A test of the social causation-social selection issue. *Science*, 255: 946-952.
- Ferber, C.v.: Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart: Kohlhammer 1971.
- Frankenberg, G. (1994), Solidarität in einer "Gesellschaft der Individuen"? Stichworte zur Zivilisierung des Sozialstaats. In: G.Frankenberg (Hrsg.), Auf der Suche nach der gerechten Gesellschaft (S. 210 - 223). Frankfurt: Fischer.

- Frankenberg, G. (1997). Die Verfassung der Republik. Autorität und Solidarität in der Zivilgesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Füermann, T. & Dammasch, C. (1997). Prozessmanagement. Anleitung zur ständigen Verbesserung aller Prozessoren im Unternehmen. München: Hanser 1997.
- Gleiss, I., Seidel, R. & Abholz, H.-H. (1973). Soziale Psychiatrie – Zur Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt: Fischer.
- Goldstein, A.P. (1977). Strukturierte Lerntherapie. Ansätze. Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Kögler, H.H. (1994). Michel Foucault. Stuttgart/Weimar: J.B.Metzler.
- 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.: Social class and mental illness. New York: Wiley 1958.
- Hurrelmann K., Klocke A., Melzer W. & Ravens-Sieberer, U. (2004). Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa
- Kamiske, G.F. & Brauer, J.-P.: ABC des Qualitätsmanagements. München: Hanser 1996
- 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.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München: Urban & Schwarzenberg 1974.
- Kieselbach, T. (1997). Arbeitslosigkeit. In: Regierung der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), Bundesgesundheitsbericht (Kap.4.10). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Klocke, A. & Hurrelmann, K. (1998). Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Kohn, M.L., Naoui, A., Schoenbach, C. et al. (1990). Position in the Class Structure and Psychological Functioning in the United States, Japan, and Poland. In: American Journal of Sociology, 95, S. 964-1008.
- Körper-Stiftung (Hrsg.). Wie viel Gemeinsinn braucht die liberale Gesellschaft? Dokumentation einer Tagung am 13./14.11.1993. Hamburg.
- Kronauer, M. (2002). Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt: Campus.
- Laaser, U., Gebhardt, K. & Brößkamp, 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. Landesgesundheitsamt Brandenburg, Wünsdorf.
- Merchel, J. (Hrsg.) (1998). Qualität in der Jugendhilfe. Münster: Votum..
- Mielck, A. (1994) (Hg.). Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich.
- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mielck, A., Satzinger, W. & Helmert, U. (1995). Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem "Armut und Gesundheit" . In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1995; 2. Beiheft: 39-53.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1989). Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter.
- Müller, U. & Heinzl-Gutenbrunner, M. (1998). Armutslebensläufe und schlechte Gesundheit - Kausation oder soziale Selektion? Untersuchungsergebnisse vorgestellt auf dem 104. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1998 in Wiesbaden (Philipps-Universität Marburg).
- Münstermann, K. (1999). Qualität in der Jugendhilfe. Die zentrale Herausforderung - besonders für die Führungskräfte. 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.
- Rifkin, J. (1997). Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Frankfurt: Fischer.

- 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.
- Rosenbrock, R. (1997): Arbeitslosigkeit und Krankheit. In: Journal für Gesundheit der Plan- und Leitstelle Gesundheit Berlin-Hohenschönhausen, II. Quartal 1997: 4-8.
- Ruesch, J. (1972). Die soziale Unfähigkeit. Das Problem der Fehlanpassung in der Gesellschaft. In: F.Basaglia & F.Basaglia Onagro (Hg.): Die abweichende Mehrheit. Frankfurt: Suhrkamp, S. 79 –97.
- Sagan, L.A. (1992). Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt.
- Salentin, K. (2002). Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Schernus, R. (1997a). Abschied von der Kunst des Indirekten. Umwege werden nicht bezahlt - Implikationen und Folgen der Ökonomisierung des Sozialen. Soziale Psychiatrie, 21, Heft 3, S. 4 - 10.
- Schernus, R. (1997b). Rotkäppchen im Modul-Zeitalter. Eine marktorientierte, qualitätsgesicherte Übersetzung. Sozialpsychiatrische Informationen, 27, Heft 4, S. 21 - 23.
- Schmidbauer, W. (1997). Psychotherapieführer. München: Heyne.
- Schnurr, S. (1998). Jugendamtsakteure im Steuerungsdiskurs. Neue Praxis, 28, S. 362 - 382.
- 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. Hrsg: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.. In: 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.
- Weilandt, C. & Altenhofen, L. (1997). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber, J. (Hrsg.): Gesundheit sozialer Randgruppen, Stuttgart, Enke-Verlag: 76-99.
- 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.
- Wilkinson, R.G. (2001). Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien/New York: Springer.