



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich
Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Endstation Eingliederungshilfe

Über Chronizität und Selbstbild psychischer Krankheit.

Oder: Inwieweit ist Rehabilitation möglich?

Diplomarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom Sozialarbeiter / Sozialpädagoge (FH)

eingereicht von

Uwe Zabel

Mai 2011

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann
Zweitprüfer: Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0381-3

Inhaltsverzeichnis

Ausgangssituation und Fragestellung.....	5
1 Aufgaben und Zweck der Eingliederungshilfe.....	9
1.1 Rehabilitation.....	10
1.1.1 Historischer Abriss	11
1.1.2 Begriffsklärung.....	12
1.1.3 Sichtweise der gesetzlichen Rentenversicherungsträger.....	14
1.1.4 Sichtweise der gesetzlichen Krankenversicherungsträger.....	15
1.2 Behinderung.....	16
1.2.1 Behinderung im Sinne der ICF.....	17
1.2.2 Psychische Behinderung.....	19
1.3 Psychisch krank gleich chronisch krank?.....	20
1.3.1 Angststörungen (Panikstörung).....	23
1.3.2 Affektive Störungen (Episode Major Depression, Manische Episode)	23
1.3.3 Psychotische Störungen (Schizophrenie).....	24
2 Die Konstruktion von Chronizität.....	26
2.1 Außenseiter	26
2.2 Stigma.....	28
2.3 Patientenkarriere – Selbstbild und Identität	30
2.3.1 Die vorklinische Phase	31
2.3.2 Die klinische Phase.....	33
2.4 Chronizität als individuelle Anpassungsleistung.....	35
3 Eingliederungshilfe gleich Ausgliederungshilfe !?.....	39
3.1 Die Logik des neoliberalen Gesellschaftsmodells.....	41
Gerechtigkeit.....	42
3.2 Worte verändern die Welt	44
Kunden und Dienstleister statt Kranke und Helfer.....	46
3.3 Teilhabe unerwünscht?.....	49
Das wettbewerbsfähige Soziale.....	52
3.4 Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie	54
3.4.1 Die Verpflichtung der Berufsgruppe im Konflikt mit den Dienstgebern.....	55
3.4.2 Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft.....	60
4 Empowerment	65
4.1 keine Arbeitsdefinition.....	65
4.2 Non-Compliance als Identitätsstabilisierung.....	68

4.3 Biografiearbeit.....	72
„Biografizität“ als Schlüsselkompetenz.....	75
Fazit.....	77
Literatur.....	81

Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGS	Bundesgesundheitsurvey
DBSH	Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFSW	International Federation of Social Workers
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen

Ausgangssituation und Fragestellung

Die Idee zum Thema entstammt bzw. entwickelte sich aus meiner Arbeit in den studienbegleitenden Praktika. Zum einen durch die Arbeit in einer Tagesstätte für psychisch Kranke, als Leistung der Eingliederungshilfe, zum anderen durch die Tätigkeit im sozialpsychiatrischen Dienst.

Ich sehe die hier vorliegende Arbeit als einen Vergleich von theoretischem Studium und der praktischen Arbeit. Einen Vergleich in der Weise, das durch die Praktika Fragen aufgeworfen wurden, die ich mir allein durch die theoretische Ausbildung wohl nie gestellt hätte. Diese Arbeit beschreibt vielleicht keinen „Praxisschock“, zumindest aber eine Ernüchterung.

Mir ist durchaus bewusst, dass meine gemachten Erfahrungen und Beobachtungen nicht als repräsentativ betrachtet werden können. Das ist auch nicht der Anspruch den ich verfolge. Dennoch ist mir die Frage nach der (scheinbaren) Unendlichkeit psychischer Krankheit in den Sinn gekommen.

Genauer, es geht mir um die Beleuchtung der Frage: Heißt psychisch Krank sein / werden gleich chronisch krank sein / werden und bleiben? Bei der Beantwortung der Frage verfolge ich eine kritische Draufsicht auf gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen und wie sie mit den sozialen Hilfesystemen, bezogen auf psychische Erkrankungen, Chronizität und Rehabilitation in Verbindung stehen. Das heißt, das es im Kern nicht um einen individuelle Betrachtung im Sinne von Einzelschicksalen geht, sondern um die Darlegung von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Einflüssen, der Rolle der Sozialen Arbeit selbst und um die Konstruktion des anders Seins und anders Bleibens nach makro-soziologischem Verständnis. Allerdings ist die makro-soziologische Draufsicht Aufgrund des Ausschließlichkeitsanspruches nicht unumstritten, findet aber dennoch Berechtigung, stellt es doch ein Komplementär zur Psychologisierung / Individualisierung dar. In der Art, dass es der Sichtweise, Behinderung als ein individuell pathologisches Problem anzusehen, gegenübersteht, indem die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verknüpfungen in den Blick genommen werden. Unter dieser Betrachtung und zur weiteren Präzisierung verfolge ich folgende, von mir aufgestellte Thesen.

- Bei der Zuschreibung einer psychischen Krankheit handelt es sich um eine Konstruktion. Eine Konstruktion, die durch die Gesellschaft provoziert wird und

den Ausschluss von Individuen bedeutet, die nicht mehr gesellschaftsgerecht funktionieren (Etikettierung, Stigma).

- Die Zuschreibung, Chronizität als etwas pathologisches, behandlungsbedürftiges anzusehen ist ebenfalls ein Konstrukt (gesellschaftlich definiert). Chronische Verhaltensweisen sind allgegenwärtig. In der schnelllebigen Gesellschaft von heute stehen Attribute die auf Stabilität, Dauer oder Konstanz verweisen der Konsummentalität (immer neuer, schneller, besser) hindernd gegenüber. Das hat zur Folge, dass Chronizität z.B. auch durch das Vorherrschen einer medizinischen Sichtweise negativ konnotiert ist.
- Teilhabe (nach ICF Verständnis) ist für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. Leistungsempfänger nach SGB XII und SGB II) gesellschaftlich nicht gewünscht. Die Gewährung des Existenzminimums schließt eine „normale“ Teilhabe aus oder schränkt diese ein. Teilhabe ist nur durch die Gewährung zusätzlicher Leistungen möglich (Eingliederungshilfe). Ist die Eingliederungshilfe beendet, ist auch die Teilhabe beendet. Zudem ist Eingliederungshilfe ebenfalls etikettierend, der Betroffene wird öffentlich als Hilfebedürftig „gebrandmarkt“, was dem Sinn der Eingliederungshilfe in gewisser Weise widerspricht.
- Der weitere Rückgang des Sozialen im Sinne von weniger Staat mehr Eigenverantwortung (Neoliberalismus) fördert den systematischen Ausschluss bestimmter Randgruppen.¹
- Die Zuschreibung der Eigenverantwortung gleicht einer Schuldzuweisung. Der Betroffene selbst ist nicht oder kaum in der Lage das System, das ihn ausschließt, zu ändern. Mit der Zuschreibung der Alleinverantwortung auf das Individuum / den Außenseiter, verschwindet letztlich die Rolle, die das ausschließende System dabei spielt, hinter dem Schlagwort der Eigenverantwortung.
- Rehabilitation setzt nicht bei den Ursachen (z.B. gesellschaftliches System) an, sondern behandelt lediglich Symptome, rehabilitative Maßnahmen (sowie Inklusionsmaßnahmen) schlagen demzufolge fehl und werden für die Betroffenen lebensbestimmend (und chronisch).

Ich will hier nochmals darauf hinweisen, dass es für mich um das Aufzeigen meiner erlebten Diskrepanz zwischen Studium und Arbeitswelt geht, in dem Sinne, dass die Sorge um den Einzelnen gesamt gesellschaftlich / wirtschaftlich betrachtet nachrangig ist. Das

¹ Vergleiche Standpunkte der Soltauer Initiative, speziell Punkte 2, 3, 7 der Soltauer Impulse.

heißt, es findet in der Gesellschaft / Wirtschaft eine Reduzierung auf Geld- und Mehrwerte statt, die auch und gerade Individuen auf einen wirtschaftlichen Gegenwert reduzieren. Mich beschäftigt dabei auch die Frage, inwieweit ausschließende und Chronizität bedingende Faktoren gesellschaftlich strukturell verortet sind. Theoretische Möglichkeiten und ethisch überzeugte Entscheidungen werden auch aus ökonomischer Überlegung konterkariert.

Einleitend wird über die Eingliederungshilfe auf die Rehabilitation eingegangen, weiter werden die Begriffe der Behinderung und der psychischen Krankheit näher erläutert. Im Anschluss wird über Auszüge von Verlaufsbildern ausgewählter psychischer Krankheiten auf die zeitliche Dimension, sprich die Chronizität eingegangen.

Das zweiten Kapitel beleuchtet die Konstruktion von Chronizität. Unter soziologischer Betrachtung wird zunächst auf die Thematik des Außenseiters Bezug genommen. Ferner wird über dem Weg der Stigmaforschung, als ausgrenzendes Element, die Patientenkarriere in den Blick genommen. In diesem Sinne wird unter dem letzten Punkt des Kapitels der Außenseiterstatus als Anpassungsleistung des Einzelnen an seine spezielle Situation beleuchtet. Damit widmet sich dieses Kapitel der Zuschreibung des Außenseiterstatus und weiterführend, die Anpassung daran, wie sich der Einzelne in seinem neuen Selbstbild stabilisieren kann und es letztlich zur Chronizität psychischer Krankheit führen kann.

Unter der hauptsächlich soziologischen Vorbetrachtung wird im dritten Kapitel das Augenmerk auf den gesellschaftlich / wirtschaftlichen Fokus gelegt. In Verbindung mit den vorangegangenen Kapiteln werden die soziologischen Betrachtungen mit aktuell politischen Themen in Verbindung gebracht und diesbezüglich Zusammenhänge zur neoliberalen Gesellschaftsidee, Ökonomie und Ethik hergestellt. Diesbezüglich wird das Kapitel durch die Beleuchtung des neoliberalen Gesellschaftsmodells eröffnet. Des Weiteren wird über die Ökonomisierung der Sprache die Ökonomisierung des Sozialen erörtert. In diesen Zusammenhang kommt der ethische Konflikte der Sozialen Arbeit zur Sprache, die die Profession zwischen beruflichem Ethos und ökonomischer Macht auszuhandeln hat.

Das abschließenden Kapitel thematisiert die Rückgewinnung von Einflussmöglichkeiten derjenigen, die durch die Gesellschaft / Wirtschaft eine für sie unbefriedigende Position zugewiesen bekommen haben, sprich ausgeschlossen wurden. Dafür wird zunächst der Begriff des Empowerment durch Betroffene definiert. Es trägt dazu bei von der missverständlichen Gleichstellung des neoliberalen Verständnisses von Eigenverantwortung weg zu kommen. Es geht um die Klärung, was sich hinter diesem Modell verbirgt und wie es

gegen Chronifizierung eingesetzt werden kann bzw. ob es möglich ist auf dessen Grundlage den Status des Außenseiters zu dekonstruieren. Das heißt, es wird beleuchtet, ob es sich beim Empowermentansatz um einen praktikablen Umgang mit dem Phänomen der chronischen psychischen Krankheit in Verbindung mit den gesellschaftlich / wirtschaftlichen Vorgaben handelt.

1 Aufgaben und Zweck der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfeleistung ist eine Rehabilitationsleistung im Sinne des SGB IX. Nach den Vorschriften des SGB XII (§§ 53-60) handelt es sich um, wenn auch nachrangig (§ 2 Abs.1 SGB XII), eine Pflichtleistung. Der Anspruch auf sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe besteht dann nicht, solange gegenüber einem anderen Leistungsträger (§ 6 Abs.1 SGB IX) ein Anspruch auf gleiche Leistung geltend gemacht werden kann.

Zuständig für Eingliederungshilfeleistungen, wie es die §§ 53 ff SGB XII beschreiben, sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe.

Die Leistung zur Eingliederungshilfe kann durch den Träger der Sozialhilfe, aber auch als Ermessensleistung gewährt werden. Dabei ist die Kann-Leistung an den zu erwartenden Erfolg geknüpft, die Aufgabe der Eingliederungshilfe zu erfüllen. Besteht keine Aussicht auf die geringste Besserung wird diese Leistung nicht bewilligt. Hierbei wird die Grenze zur „Hilfe zur Pflege“ festgeschrieben, bei denen die Aufgabe, nach § 53 Abs. 3 SGB XII nicht mehr erfüllt werden kann

„eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“ (§ 53 Abs. 3 SGB XII)

Beim Behinderungsbegriff wird in § 53 Abs.1 S.1 SGB XII auf die im deutschen Recht allgemeingültige Behinderungsdefinition des § 2 Abs.1 S.1 SGB IX verwiesen. Daneben sind für die Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB XII die Vorschriften des SGB IX anzuwenden (§ 53 Abs.4 SGB XII).

Was auffällt ist jedoch, dass das SGB XII die Leistung der Eingliederungshilfe auf „wesentlich“ Behinderte beschränkt (Hüttenbrink 2007). Dabei soll durch die spezielle Formulierung, das Augenmerk, neben der Ursache der Behinderung auch auf die zu erwartende Auswirkung der Behinderung gelenkt werden. In dem Sinne, dass die wesentliche Behinderung die Gefahr birgt, den Behinderten aus der Gesellschaft auszugliedern (Reinhard 2009).

Will man bei den §§ 53, 54 SGB XII von einer Definition der Eingliederungshilfe sprechen, so hat man es hier wohl mit einer „offenen“ bzw. keiner Definition im eigentlichem Sinne zu tun. Durch Formulierungen wie „insbesondere“ bleibt sie beliebig erweiterbar. Die Erweiterungsfähigkeit wiederum lässt eine flexible oder flexiblere Auslegung zu, wodurch diese Definition letztlich ungenau bleibt. Diese Ungenauigkeit ist vom Gesetzgeber durchaus gewollt. Der Begriff der „Teilhabe“, der mit dem SGB IX als Rechtsbegriff eingeführt wurde und auf dem die Eingliederungshilfe-Paragraphen Bezug nehmen, wurde nicht definiert, um ihn variabel und entwicklungsfähig zu halten. Es handelt sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen Inhalt sich unter anderem an Vorschriften des SGB IX (z.B. §§ 1 und 4) erkennen lässt² (Schuntermann 2005). Hierbei deckt sich das Verständnis des Teilhabebegriffes von SGB IX und ICF, der die Teilhabe als *das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich* versteht. Im Umkehrschluss sind *Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat als Beeinträchtigung der Teilhabe* definiert (Schuntermann 2006). Das Einbezogensein in Lebensbereiche hat in erster Linie etwas mit dem Zugang zu den Bereichen zu tun, sowie mit Selbstbestimmung und Gleichberechtigung, welches die zentralen Worte des § 1 SGB IX sind. Es geht hier vor allem um das Wahrnehmenkönnen der Grundrechte (Menschenwürde, freie Entfaltung der Persönlichkeit, Berufsfreiheit).

1.1 Rehabilitation

Die Abgrenzung der Begrifflichkeiten ist nicht trennscharf. Die Eingliederungshilfe ist mit ihrer allgemeinen Aufgabenzuweisung, Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern (§§ 53, 54 SGB XII), sowie den Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33, 41 SGB IX) und Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX), bereits Rehabilitation. Es handelt sich bei allen Drei um Parallelbegriffe (Bieritz-Harder 2005).

² Vgl. auch die Vorschriften des Bundesgleichstellungsgesetz für Menschen mit Behinderungen

1.1.1 Historischer Abriss

Der Begriff der Rehabilitation reicht historisch weit zurück und lässt sich aufgrund unterschiedlichster Wortstammableitungen in seiner Entstehung nicht genau datieren. Ursprünglich aus dem römischen Rechtswesen stammend, beschreibt es das Wiedereinsetzen in den früheren Rechtsstand und damit verbunden die Wiederherstellung der bürgerlichen Ehre. Verschiedenste Ableitungen aus dem lateinischen bescheinigen jedoch den steten Wandel des Verständnisses von Rehabilitation. So ist „habilitieren“, die Lehrberechtigung erwerben, dem mittellateinischen „habilitare“ (17. Jh), fähig machen, entlehnt. Eine andere Herleitung beruft sich auf das Wort „habitus“, ein im 18. Jahrhundert aufkommendes Fachwort, welches auf das Erscheinungsbild, Verhalten, Beschaffenheit verweist. Ein Verständnis, was der orthopädischen Rehabilitation zum Zeitraum des 1. Weltkrieges zugrunde lag, mit Fokus auf die Wiederherstellung einzelner Körperfunktionen und des Erscheinungsbildes (Schwager 1996).

1843/1844 vom Ritter Franz Joseph v. Buss als Forderung zur Wiedereinsetzung der Armen in den Stand der Würde erstmals in die deutsche Sprache eingeführt, gewinnt die Rehabilitation mit der Entwicklung der Sozialgesetze des Deutschen Reiches ab 1880 zunehmend an Bedeutung in Fürsorge, Medizin und Politik. In der Zeit des 3. Reiches standen die sozial-darwinistischen und rassistischen Ideologien dem bis dahin geltenden Sinn der Wiedereingliederung Armer und Behinderter in Erwerbsfähigkeit entgegen. Nach dem Ende des Krieges, wurde Mitte der 1950er Jahren der Begriff der Rehabilitation offiziell in die Medizin übernommen. Der bis dahin meist sozialfürsorgerisch gebrauchte Begriff erhält eine sozialmedizinische Konnotation. In der Gesetzessprache taucht der Ausdruck der Rehabilitation erstmals 1961 in § 22 des Schwerbeschädigtengesetz auf (Wiegand 2000).

Durch die Auswirkungen der beiden Weltkriege mit der Vielzahl an Kriegsversehrten, meist Körperbehinderten, war das Verständnis von beruflicher Rehabilitation entscheidend von dessen Wiedereingliederung geprägt. Erst in den 1970er Jahren im Zuge antipsychiatrischer Bestrebungen ist in Zusammenhang mit Rehabilitation auf den Bereich der psychisch Kranken aufmerksam gemacht worden. Mit ein Ziel dieser Bestrebungen war der Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie, mit dessen Entwicklung die Wiederentdeckung der Wirkung sozialer Lebenszusammenhänge einher ging (Schubert, Bungard 1999). Infolge der Weiterführung der Sozialpolitik der Regierung W. Brandt wurden die Gedanken neuer Versorgungsmodelle z.B. für psychisch Kranke (Psychiatrie-Enquete) oder Anfalls-

krank (Epilepsie-Enquete) umgesetzt.³ Es entstanden über die BRD verteilt unzählige Rehabilitationseinrichtungen, in Anstalten wurden Enthospitalisierungsprogramme durchgeführt, unterschiedliche Wohnformen wurden entwickelt. Eine zunehmende Spezialisierung und Professionalisierung der Angebote entstand. Mit dieser Entwicklung vollzog sich die Dreiteilung der Rehabilitation in: medizinische, berufliche, und soziale Rehabilitation mit unterschiedlichen Kostenträgern und Finanzierungsmodalitäten (Schwager 1996).

1.1.2 Begriffsklärung

Im SGB kommt der Begriff >Rehabilitation<, neben der Nennung in der Überschrift im SGB IX und beim Begriff der Rehabilitationsträger, lediglich unter der Bezeichnung medizinische Rehabilitation vor und beschränkt sich auf den auf Gesundheitszustand und Körperfunktion ausgerichteten Leistungsbereich. Sie ist genau wie die Eingliederungshilfe nach ihrem Ziel definiert. § 26 Abs. 1 SGB IX:

„Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. *Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder*
2. *Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“⁴*

Als Ergänzung der Definition nach Absatz 1 hinsichtlich des Leistungsspektrums können die Absätze 2 und 3 des Paragraphen 26 SGB IX angesehen werden. Eine andere gesetzliche Definition ist im Leistungsrecht des SGB nicht vorhanden.

Arbeits- und sozialrehabilitative Maßnahmen werden vom Gesetz hingegen als Teilhabeleistung bezeichnet mit Ausrichtung auf den individuellen und gesellschaftlichen Kontext, betreffend der Partizipation des Betroffenen an der Gesellschaft (Igl, Welti 2005). Ein Verständnis davon was Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausmachen findet sich in § 33 SGB IX. Ziel ist hier eine möglichst auf Dauer ausgerichtete Teilhabe am Arbeits-

³ z.B. das erste (1970) und zweite (1980) Aktionsprogramm – Rehabilitation, Arbeitsförderungsgesetz (1969), Rehabilitationsangleichungsgesetz (1974), Schwerstbehindertengesetz (1974)

⁴ Ähnliche Formulierungen zur medizinischen Rehabilitation finden sich in § 11 Abs. 2 SGB V, § 9 SGB VI.

leben sicherzustellen. Dementsprechend die Leistungsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen (§ 33 Abs. 1 SGB IX). Sozialrehabilitative Maßnahmen werden in § 55 SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezeichnet. Sie sind darauf ausgerichtet, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und sicherzustellen, oder so weit wie möglich, von Pflege unabhängig zu machen. Ein beispielhafter Leistungskatalog findet sich in § 55 Abs. 2 SGB IX, der, ebenso wie die Folgeabsätze des § 33 SGB IX, durch Formulierungen wie „insbesondere“ oder „auch“ erweiterbar gehalten wird.

Deutlich wird, dass der Tenor aller drei Rehabilitationsbereiche ähnlich ist. Eine Unterscheidung wird lediglich hinsichtlich der Spezifizierung in Medizin, Arbeit und Gesellschaft getroffen, die zusammengenommen ein umfassendes Bild von Rehabilitation ergeben.

Grundlegend für das Einsetzen einer rehabilitativen Leistung ist das Bestehen einer Behinderung oder zumindest das Drohen einer solchen. Damit wird das Verständnis von Rehabilitation einerseits vom Verständnis der Behinderung abhängig, andererseits vom zu erreichenden Ziel der Rehabilitation. Laut Gesetz ist Rehabilitation nicht danach definiert „Was es ist“ sondern danach „Was es machen soll“. Ziele, dessen Erreichung der Leistungserbringer erfüllen oder ermöglichen soll.

So ist beispielsweise die Zielsetzung in der gesetzlichen Rentenversicherung auf den Tatbestand der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet (§§ 9, 10, 15 SGB VI). Ähnlich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung, die auf den Tatbestand der Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist (§§ 31, 32 SGB XI). Hinzu kommt, dass Rehabilitationsleistungen nach dem Prinzip der Risikoordnung erbracht werden, nach dessen Verständnis der Träger zuständig ist, der das finanzielle Risiko des Scheiterns der Leistung tragen muss. Ein besonderes Interesse des Leistungsträgers ist von daher der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme, um weitere Leistungsansprüche, etwa Rente, abzuwenden (Wiegand 2000).

1.1.3 Sichtweise der gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Im >Positionspapier Rehabilitation 2010< der Deutschen Rentenversicherung wird Rehabilitation als eine Kernaufgabe der Rentenversicherung verstanden. Kernaufgabe deswegen, da die gesetzliche Rentenversicherung dazu verpflichtet ist, das Erwerbsminderungsrisiko abzudecken.

Rehabilitation ist nicht nur eine der Hauptaufgaben der Rentenversicherung, sie wird auch als *„Investition in die Erwerbsfähigkeit der Versicherten verstanden und rechnet sich, sowohl für die Rentenversicherung als auch für die Gesellschaft insgesamt“* (Deutsche Rentenversicherung 2010). Unter dieser Betrachtung scheint das Verständnis und das Hauptziel allein auf den ökonomischen Faktor reduziert.

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind, genauso wie die der gesetzlichen Krankenversicherung, Versicherungsleistungen. Sie werden durch Beiträge der Versicherten finanziert und unterscheiden sich dadurch von den rehabilitativen Maßnahmen der Träger der Sozialhilfe, die steuerfinanziert sind.

In der Rentenversicherung wird, inhaltlich und konzeptionell, zwischen der Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Störungen und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen unterschieden. Die psychischen und psychosomatischen Störungen werden überwiegend in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen therapiert, wo hingegen die Abhängigkeitserkrankungen in Facheinrichtungen für Entwöhnungsheilbehandlungen behandelt werden. Gemeinsames Ziel ist es, den Renteneintritt wegen Erwerbsminderung vorzubeugen, bzw. entsprechend des § 9 Abs. 2 SGB VI „Reha vor Rente“ zu vermeiden. Ist das Vermeiden einer gesundheitsbedingten Frühberentung nicht möglich, so soll wenigstens der Eintritt in Rente verzögert werden.

Die Leistungen der Rentenversicherung zielen also darauf ab, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern (BAR 2005).

Die Mittel, dieses Ziel zu erreichen, stellen die medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen dar.⁵ Die Leistung der medizini-

⁵ Die Leistungen zur Teilhabe werden neben Rehabilitationssport hauptsächlich durch Kostenerstattungen und -zuschüsse ergänzt, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

schen Rehabilitation sind hierbei vorrangig. Erst wenn die medizinischen Leistungen nicht ausreichen, um die oben genannten Ziele zu erreichen und die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben Aussicht auf Erfolg hat, wird diese gewährt (BAR 2005). Trotz des scheinbaren Vorranges ist eine allein medizinische Diagnose nicht Voraussetzung für die Rehabilitationsgewährung. Sozialmedizinisch relevant für die Gewährung ist die Prüfung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose.

1.1.4 Sichtweise der gesetzlichen Krankenversicherungsträger

„Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung – auch unter rehabilitativer Zielsetzung – nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.“

So geht es aus § 2 Abs. 2 der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses hervor. Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, gemäß der Bestimmungen der Rentenversicherung als eventuell vorrangiger Leistungsträger, „Rehabilitation vor Pflege“ entsprechend des § 11 Abs. 2 SGB V und „ambulant vor stationär“ nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V ist der Richtlinie gemäß Rechnung zu tragen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009).

Medizinische Rehabilitation setzt nur ein, wenn eine kurative Behandlung voran ging und diese nicht ausgereicht hat *„um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“* (§ 11 Abs. 2 SGB V) Die Fokussierung auf den medizinisch ausgerichteten Teil von Rehabilitation wird auch im § 43 SGB V über die Erbringung ergänzender Leistungen deutlich und zwar in der Art, das neben Kostenerstattung und Rehabilitationssport Leistungen erbracht werden können, die es ermöglichen das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber explizit nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu den Leistungen der allgemeinen sozialen Eingliederung gehören (§ 43 Abs. 1 SGB V).

1.2 Behinderung

Eine Definition kann niemals so gestaltet werden, dass sie für alle zufriedenstellend bestehen kann. Sie wird immer ein- und ausgrenzende Bestandteile enthalten. Sie kann daher nicht allumfassend formuliert werden, ohne dadurch den Charakter der Spezifizierung zu verlieren.

Grade in Bereichen mit hohem Stigmatisierungspotential oder Leistungsansprüchen und -gewährung wird die Abgrenzung durch unterscheidende Symbole besonders eklatant.

Begriffe wie Behinderung, behindert sein, behinderte Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit einer Beeinträchtigung oder ähnlichen Variationen, stellen solch Klassifikationen dar. Begriffe, die scheinbar alle dasselbe meinen, ohne identisch sein zu müssen. Gegen derart bestehende Begriffe und deren Definitionen oder Definitionsvarianten von „Behinderung“ existieren Vorbehalte hinsichtlich:

- Die Zuschreibung einer Behinderung ist stigmatisierend.
- Die Zuschreibung einer Behinderung reduziere den Betroffenen auf einen Mangel, der durch die Orientierung an einer gesellschaftlich konstruierten Norm entstehe.
- Die Zuschreibung einer Behinderung trage zur institutionellen geförderten Segregation bei.
- Die Zuschreibung fördere potentiellen Machtmissbrauch Professioneller, indem durch die rechtlich zugewiesene Definitionsmacht von bspw. Ärzten der eigene Zuständigkeitsbereich ausgedehnt werde.
- Die Zuschreibung einer Behinderung konstruiert ein Bild der erreichbaren Entwicklung auf Seiten Professioneller und Betroffener (Felkendorff 2003).

Derartige oder ähnliche, durchaus nicht unberechtigte, Kritiken fordern eine ständige Überprüfung der Begrifflichkeiten ein und bewirken deren stete Anpassung an den neuesten Kenntnisstand.

Als definierende Instanz hat der Gesetzgeber Behinderung im § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX folgendermaßen festgeschrieben:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ Weiter heißt es in Satz zwei, dass sie von Behinderung

bedroht sind, „*wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.*“

Behinderung meint also nicht die geistige, seelische oder körperliche Einschränkung, sondern die daraus resultierende Auswirkung auf die Teilhabe am gesellschaftlichem Leben. Andersrum kann im Rahmen dieses Verständnisses nicht von Behinderung gesprochen werden, wenn sich aus der klassifizierten Einschränkung keine negativen Konsequenzen auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ergeben.

1.2.1 Behinderung im Sinne der ICF

Der Behinderungsbegriff im deutschen Recht ist an die Bestimmung der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation angelehnt.

Die ICF kann als eine Weiterführung des bio-medizinischen Modells der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) betrachtet werden. Sie geht über die Beschreibung von Krankheiten hinaus und nimmt deren Auswirkung auf das Leben des Betroffenen in den Blick. Die durch eine Krankheit verursachten funktionalen Probleme sind der Inhalt der ICF.

Grundlage für das Erkennen von funktionalen Problemen bildet die Definition der funktionalen Gesundheit.

Als funktional gesund gilt eine Person dann, „*wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)*

1. *ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemeinen anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -struktur)*
2. *sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivität), und*
3. *sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktion oder -struktur oder der Aktivität erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen)“ (Schuntermann 2006).*

Das Bestehen einer Behinderung der funktionalen Gesundheit ist somit auf die Wechselwirkung zwischen Gesundheitsproblem (ICD) und den Dimensionen: Kontextfaktoren,

Körperfunktion und -struktur, Aktivität und Teilhabe zurückzuführen (bio-psycho-soziales Modell). Jede Beeinträchtigung, die aus der genannten Wechselwirkung resultiert, wird in der ICF als Behinderung bezeichnet.

Betrachtet man die unterschiedlichen Dimensionen,

- die Kontextfaktoren, die den gesamten Lebenshintergrund einer Person mit einbeziehen, und sich aus Umweltfaktoren⁶ und den personenbezogenen Faktoren (Alter, Geschlecht, Beruf, Bildung, usw.) zusammensetzen,
- die Körperfunktion und Körperstrukturen, die sich auf den menschlichen Organismus beziehen, und unter dem Funktionsaspekt, physiologische / psychologische Funktionen (mentale Funktionen, Sinnesfunktionen, Stimm- und Sprechfunktionen, usw.), und unter den Strukturaspekt den anatomischen Teil des Körpers beinhalten,
- die Aktivität, die sich auf den Menschen als handelndes Subjekt bezieht, und unter Beachtung von Leistungsfähigkeit, als das maximale Leistungsniveau bezüglich einer zu lösenden Aufgabe, und der Leistung, als Durchführung einer Handlung unter den Gegebenheiten ihres Kontextes,
- die Teilhabe⁷, die das Einbezogensein in Lebenssituationen und Lebensbereichen auf der Ebene von Gesellschaft und Umwelt beschreibt,

wird der Umfang und die Komplexität des Behinderungsbegriffes deutlich. Eine Einschränkung in einer der Dimensionen kann, dadurch dass sie sich gegenseitig bedingen, ursächlich für Einschränkungen in anderen Teilbereichen sein. Als ein möglicher Sekundärprozess kann eine psychosomatische Schmerzerkrankung beispielsweise den Gebrauch eines Rollstuhles nötig machen (Aktivitätseinschränkung) und dadurch eine Muskelatrophie entstehen (Strukturschaden mit Funktionsstörung).

Die Mehrdimensionalität der Behinderung ergibt sich demnach aus dem klassifizierten Gesundheitsproblem (ICD) und der behindernden Umwelt im weitesten Sinne.

⁶ Ähnlich der Lebensweltorientierung

⁷ „Nach der ICF werden neun Bereiche der Teilhabe unterschieden: Beteiligung am persönlichen Unterhalt, Teilnahme am Informationsaustausch, Einbindung in soziale Beziehungen, Teilnahme am häuslichen Leben und an der Hilfe für andere, Beteiligung am Bildungs- und Ausbildungswesen, Beteiligung an Arbeit und Beschäftigung, Teilnahme am Wirtschaftsleben und Einbindung in die Gemeinschaft, das soziale und staatsbürgerliche Leben.“ (Welti 2010)

1.2.2 Psychische Behinderung

Der bereits definierte Begriff der (allgemeinen) Behinderung, als ein behindert werden durch die aktuell vorherrschende Gesellschaftsform und das daraus hervorgehende Leben in dieser Gesellschaft, stellt gewissermaßen eine soziale Konstruktion dar.

Demzufolge kann auch die psychische Behinderung als eine Konstruktion angesehen werden. Das bedeutet nicht, dass es nicht einen medizinisch oder anderweitig nachweisbaren Mangel, Einschränkung o. ä. gibt. Die Konstruktion besteht in der Auswirkung einer festgelegten Differenz von einer biologischen, gesellschaftlichen, statistischen oder anderweitigen Norm.

Der Unterschied zur psychischen Behinderung⁸ liegt im Bestehen einer anerkannten psychischen Krankheit im Sinne gültiger Klassifikationen (ICD, DSM), wobei sich die Behinderung aus der für die jeweilige psychische Krankheit typischen Symptomatik und der darauf reagierenden Umwelt ergibt.

Eine allgemeingültige bindende Rechtsnorm, die festschreibt was speziell unter psychischer Behinderung zu verstehen ist, ist nicht existent. Die Aufzählung der Dimensionen, „*körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit*“ des § 2 Abs. 1 SGB IX dienen nicht der Trennung von Gesundheitsmerkmalen, sondern der Verdeutlichung, dass es sich nicht um einen rein körperorientierte Sichtweise von Behinderung handelt.

Dennoch ist mit der Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 60 SGB XII eine Norm vorhanden die man als Definition von psychischer Behinderung heranziehen könnte. Demnach sind Personen geistig wesentlich behindert, wenn „*infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind*“ (§ 2 Eingliederungshilfe-Verordnung). Seelisch wesentlich behindert sind Menschen, die infolge einer seelischen Störung in ihrer Teilhabefähigkeit wesentlich eingeschränkt sind. Als seelische Störungen werden in § 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheit oder Verletzung des Gehirns, Anfallsleiden oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten, Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen aufgezählt.

⁸ Die Begriffe der geistigen und seelischen Behinderung sind im Rahmen dieser Arbeit unter der Bezeichnung der psychischen Behinderung zusammengefasst und sollen gleichsam synonym verstanden werden. Wobei es sich bei den Begriffen von „Seele“ und „seelisch“, wie sie noch im Recht zu finden sind, nicht mehr um unbedingt zeitgemäße Bezeichnungen handelt. Bei geistig und psychisch handelt es sich neben einer unterschiedlichen Konnotation um den jeweiligen Pendant zu Körper und Physis mit dem selben Grundverständnis. Sie können daher als bedeutungsgleich betrachtet werden.

Sieht man von der Geist / Seele Trennung ab, die unter anderem nicht mit dem Verständnis nach dem ICF Modell in Einklang zu bringen ist, lässt sich mit der Verordnung eine Definitionsvariante für psychische Behinderung heranziehen.

Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei der Eingliederungshilfe-Verordnung um eine untergesetzliche Norm zum SGB XII handelt. Sie hat daher für andere Rechtsbereiche lediglich Indizwirkung und kann, wie schon erwähnt, nicht bindend herangezogen werden (Welti 2010).

1.3 Psychisch krank gleich chronisch krank?

Akuterkrankungen, die als zeitlich begrenzt und mit episodenhaften Charakter beschrieben werden, bilden den Gegenpol zu den chronischen Erkrankungen. Im Allgemeinen steht die Symptomatik und der Krankheitsverlauf einer akuten Erkrankung im direkten Zusammenhang und wird entweder durch die vollständige Genesung oder den Tod beendet.

Ogleich chronische Leiden in der Regel aus akuten Krankheiten hervorgehen, können sie auch durch akute Phasen unterbrochen sein. Neben der Dauerhaftigkeit, meist unterschiedlicher nicht genau erkennbarer Genese, sondern das Produkt des Zusammenspiels verschiedener endogener und exogener Faktoren, sind derartige Erkrankungen durch ihre besonderen Verlaufsformen gekennzeichnet. Sie können wellenförmig verlaufen, mit einer wechselnden Abfolge von instabilen (akuten) und stabilen Phasen, progressiv voranschreiten oder über einen längeren Zeitraum symptomfrei bestehen um erneut auszubrechen. Desweiteren sind Multimorbidität und die daraus resultierende Überschneidung von Krankheits- und Therapiefolgen keine Seltenheit. Diese Komplexität in Verbindung mit den besonderen Verlaufsformen, in der sich das Erleben von Gesundheit (stabile Phase) und Krankheit (instabile Phase) abwechseln kann, schränkt zunehmend die Belastbarkeit Betroffener ein, die dadurch in ihren Teilhabefähigkeiten mehr oder weniger eingeschränkt werden. Damit verbunden bleiben ökonomische und soziale Folgeerscheinungen oft nicht aus. Der oftmals lebensbestimmende Charakter chronischer Leiden wirkt sich letztlich auch auf die Identität der Betroffenen aus, die sich entweder über ihre Krankheit definieren oder durch ihre Umwelt über die Krankheit definiert werden.

In der zumeist kurativ ausgerichteten Medizin gelten chronische Krankheiten als weitgehend unheilbar. Das Augenmerk in der Behandlung chronisch Erkrankter ist vielmehr auf die Vermeidung oder Verschlimmerung belastender Begleiterscheinungen ausgerichtet und

auf die Befähigung Betroffener im Umgang mit ihrer Krankheit (Schaeffer, Moers 2000, Zaumseil 2000, Lubkin 2002).

Die ursprüngliche Definition, die von der >Commission of Chronic Illness< Ende der 1940er Jahre aufgestellt wurde, versteht unter einer chronischen Erkrankung alle Schädigungen oder Abweichungen des Normalzustandes die mindestens eins der folgenden Merkmale aufweisen müssen: Dauerhaftigkeit, zurückbleibende Behinderung, irreversible pathologische Veränderung, Notwendigkeit der Rehabilitation oder langfristigen Überwachung, Beobachtung oder Pflege.

Diese Definition wurde Mitte der 1950er Jahre von der >National Conference on Care of the Long-Term Patient< um die zeitliche Dimension erweitert. Demnach liegt Chronizität vor, wenn eine Erkrankung oder Schädigung eine Behandlung länger als 30 Tage in einem Akutkrankenhaus, oder eine Überwachung bzw. Rehabilitation in einer sonstigen Versorgungseinrichtung von mindestens drei Monaten erfordert.

Neuere Definitionen bleiben, was die zeitliche Dimension betrifft, eher ungenau, umschreiben dies beispielsweise mit „längerem Zeitraum“ oder „andauerndem Zustand“. Jedoch rücken sie von der starren medizinischen Sichtweise ab, und stellen zunehmend das betroffene Individuum und dessen Eigenverantwortung sowie die Rolle des sozialen Umfeldes in den Mittelpunkt.

So versteht Lubkin unter einer chronischen Krankheit, *„dass irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist“* (Lubkin 2002).

Trotz der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Funktionseinschränkung und der daraus ableitbaren Teilhabe einschränkung ist eine chronische Erkrankung nicht mit Behinderung gleichzusetzen. Auch gesetzliche Formulierungen, wie sie beispielsweise in § 3 SGB IX zu finden sind (*„Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit“*), lassen chronische Leiden durchaus als einen Unterfall von Behinderung erscheinen, was sie jedoch nicht sind. Eine chronische Erkrankung ist lediglich ein Indiz für eine drohende Behinderung. Behinderung droht, wenn sich Krankheitslast und Funktionseinschränkung negativ auf die Teilhabe auswirken (Welti 2010), was durchaus die Folge chronischer Leiden sein kann, aber nicht zwangsläufig sein muss.

Um überhaupt vergleichen zu können, ob psychische Krankheiten „generell“ gleich chronische Krankheiten sind, sollen an diesem Punkt die statistisch am häufigsten auftretenden psychischen Störungen herangezogen werden.

Zunächst sei erwähnt, dass die gesamte Datenlage zur Häufigkeit psychischer Krankheiten im heutigen Bundesgebiet von Experten bis etwa zum Jahre 2000 als unzureichend eingeschätzt wurde. Die bis dahin territorial eher begrenzten epidemiologischen Erhebungen sowie ungenaue oder auch eine von Untersuchung zu Untersuchung verschiedene Differenzierung eines psychiatrischen Falles ließen bis vor kurzem keine genaue Aussagekraft für das ganze Bundesgebiet zu (Jacobi, Klose, Wittchen 2004).

Mit der Einführung neuartiger Klassifikationssysteme⁹ in den 1980er Jahren wurde die International Statistical Classification of Diseases (ICD) bis Ende der 1990er Jahre zum Standard im gesundheitlichen Versorgungssystem und stellt seitdem eine zuverlässige Klassifizierung unterschiedlichster Störungsformen dar.

Auf dieser Grundlage wurde, mit der Durchführung des Bundesgesundheitsveys (BGS) 1998/1999, dessen Zusatzsurvey auch psychische Störungen mit einschloss, versucht, die mangelhafte Datenlage zur Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland zu verbessern. Der BGS ermöglicht *„die Prävalenzschätzung eines weiten Spektrums behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in der erwachsenen deutschen Durchschnittsbevölkerung im Alter von 18 bis 65“* (Jacobi, Klose, Wittchen 2004).

Im Ergebnis dieser Schätzung stehen verschiedene Formen von Angststörungen, affektive Störungen (Major Depression, Dysthymie, Bipolare Störung) und somatoforme Störungen (Schmerzsyndrome, Hypochondrie, Somatisierungsstörungen) an erster Stelle. Substanzstörungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit, ohne Nikotinabhängigkeit), psychotische Syndrome (bspw. Schizophrenie) und Essstörungen folgten.

Auch in Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (Global Burden of Disease Study) rangieren unter den psychischen Krankheiten affektive Störungen, Suchtkrankheiten, Schizophrenie und Angsterkrankungen an oberster Stelle.

Beispielhaft für die häufigsten psychischen Störungen sei an dieser Stelle die Verlaufskarakteristik, gemäß dem DSM-IV, der oben genannter Leiden zitiert.

Die Kategorie der Angststörungen soll anhand des Verlaufes von Panikstörungen illustriert

⁹ Neben der ICD stellt auch das US-Amerikanische Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) eine in der Forschung gängige Klassifikation dar.

werden, für den Bereich der affektiven Störungen sind die Episoden der Major Depression und der Manie herangezogen und für die Rubrik der psychotischen Störungen der Verlauf der Schizophrenie. Auf substanzinduzierte Störungen bzw. Suchtkrankheiten und somatoforme Störungen wird hier nicht weiter eingegangen, da sie oftmals in Zusammenhang mit einer der anderen genannten psychischen Störung komorbid auftreten.

1.3.1 Angststörungen (Panikstörung)

„Retrospektive Berichte von Personen in klinischen Einrichtungen legen nahe, dass der typische Verlauf chronisch, aber schwankend ist. Bei manchen Personen tritt die Störung episodisch auf mit dazwischenliegenden Jahren der Remission, andere haben eine anhaltende schwere Symptomatik. [...] Manche Personen berichten, dass sie die Häufigkeit der Panikattacke durch das Vermeiden bestimmter Situationen vermindern können. Untersuchungen zum natürlichen Langzeitverlauf von Personen aus Behandlungseinrichtungen (die eventuell bevorzugt Personen mit schlechter Prognose auswählen) ergaben, dass 6-10 Jahre nach der Behandlung ungefähr 30 % der Personen symptomfrei, 40-50 % mit gebesserter Symptomatik waren und bei den verbleibenden 20-30 % die Symptomatik gleich geblieben war oder sich geringfügig verschlechtert hatte“ (American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2000, S.487).

1.3.2 Affektive Störungen (Episode Major Depression, Manische Episode)

„Die Symptome einer Episode einer Major Depression entwickeln sich normalerweise über einige Tage oder Wochen. Eine Prodromalphase mit Angstsymptomen und leichteren depressiven Symptomen kann Wochen bis Monate andauern, bevor eine vollausgeprägte Episode eine Major Depression einsetzt. Die Dauer [...] ist ebenfalls Variabel. Eine unbehandelte Episode dauert unabhängig vom Ersterkrankungsalter typischerweise vier Monate oder länger. In der Mehrzahl remittieren die Symptome vollständig. Die Leistungsfähigkeit erreicht wieder das prämorbidale Ausgangsniveau. Bei einem beträchtlichen Teil der Fälle (20-30 %) bleiben allerdings einige depressive Restsymptome oft über Monate und Jahre

erhalten, die zwar nicht die Kriterien einer Episode einer Major Depression erfüllen, jedoch oft noch zu Beeinträchtigungen und Leidensdruck führen. [...] In 5-10 % der Fälle werden die Kriterien für eine Major Depression kontinuierlich über zwei oder mehr Jahre erfüllt“ (American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2000, S. 404).

„Mindestens 60 % der Patienten mit einer Einzelnen Episode einer Major Depression ist mit dem Auftreten einer zweiten Episode zu rechnen. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich bei zwei abgelaufenen Episoden auf 70 %, bei drei Episoden auf 90 %. [...] Ungefähr zwei Drittel der Episoden einer Major Depression remittieren vollständig, ein Drittel remittiert teilweise oder gar nicht“ (American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2000, S.423).

„Manische Episoden beginnen typischerweise plötzlich, mit einer schnellen Eskalation der Symptome innerhalb weniger Tage. [...] Die Episode dauern gewöhnlich wenige Wochen bis zu mehreren Monaten, sie sind kürzer und enden abrupter als Episoden einer Major Depression. Bei 50 -60 % der Manischen Episoden tritt unmittelbar zuvor oder danach, ohne dazwischenliegendes freies Intervall, eine Episode einer Major Depression auf“ (American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2000, S. 410).

1.3.3 Psychotische Störungen (Schizophrenie)

„Der Beginn kann plötzlich oder schleichend erfolgen, aber die Mehrzahl der Betroffenen zeigt irgend eine Art von Prodromalphase, die sich in einer langsamen und allmählichen Entwicklung einer Vielzahl von Zeichen und Symptomen manifestiert. [...] Nach den meisten Studien zu Verlauf und Ausgang der Schizophrenie scheint der Verlauf sehr variabel, wobei einige Personen Exazerbationen und Remissionen aufweisen, während andere chronisch krank bleiben. [...] Vollständige Remission ist bei dieser Störung wahrscheinlich nicht häufig. Von denen die krank bleiben, scheinen einige einen relativ stabilen Verlauf zu nehmen, während andere eine fortschreitende Verschlechterung verbunden mit schwerer Behinderung zeigen“ (American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2000, S.355).

In Anbetracht der beispielhaft aufgezeigten Verlaufsformen, lässt sich zur Vereinfachung verallgemeinert feststellen, dass ca. ein Drittel der psychischen Erkrankungen vollständig remittieren, dass sich bei einem Drittel der Erkrankungen die Symptomatik bessert und ein

Drittel stabil bleibt oder sich sogar verschlechtert. Das würde bedeuten, dass zwei Drittel der psychischen Erkrankungen einen, nach oben genannter Definition, chronischen Verlauf nehmen.

Die hier aufgeführten Erkrankungen können nicht als repräsentativ für die Kategorie der psychischen Störungen im allgemeinen betrachtet werden. Auch ist diese Aussage in Anbetracht der Variabilität von Krankheitsverläufen nicht empirisch gesichert und daher als Hypothese einzuordnen.

Dennoch ist die Annahme berechtigt, dass eine Vielzahl von als psychisch krank diagnostizierten Erscheinungsbildern einen chronischen Verlauf nehmen. Aufgrund einer dem Individuum zugeschriebenen Störung, die vielmehr eine Störung innerhalb eines sozialen Systems beschreibt, wird das Problem in einer Person verortet. Der Störer wird als gestört identifiziert. *„Sein Verhalten wird dadurch aus dem interaktionalen Kontext gelöst und die Erklärung dafür innerhalb der Grenzen des Individuums statt innerhalb der Grenzen des sozialen Systems gesucht“* (Simon 1999). In der Folge dürfte ein Großteil rehabilitativer Maßnahmen fehlschlagen, die die Ursache allein im Individuum suchen. Gelingt dem Individuum die Anpassung nicht (die Störer-Rolle abzulegen), ist die Gefahr groß, zum Dauerkunden eines gesellschaftlichen Funktionssystems zu werden, dass sich auf die Behandlung und Betreuung von Gestörten eingerichtet hat (Simon 1999).

2 Die Konstruktion von Chronizität

>Krankheit< beschreibt in erster Linie ein Abweichen von einem als >Gesundheit< definierten Zustand. Unabhängig davon, unter welcher Fachrichtung diese Begrifflichkeiten wie zu verstehen sind, generiert ein Abweichen aus einer dieser Kategorien das Anderssein. Wie die genaueren Kriterien zur Unterscheidung aussehen, d.h. wo die Grenze zwischen gesund und krank gezogen werden, darüber sind sich Experten und Laien gleichermaßen uneinig. Sicher ist, dass beide Begriffe einen Konstruktcharakter haben und das auf einen Krankheits-/Gesundheitsbegriff nicht ohne weiteres verzichtet werden kann, da an diesen Status verschiedene Privilegien sowie Verpflichtungen geknüpft sind (z.B. Anspruchsvoraussetzungen für medizinische Leistungen, soziale Leistungen usw.) (Becker 2006).

Zentrale Begriffe verschiedener Gesundheitsdefinitionen sind beispielsweise: Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, Anpassung, Anforderungsbewältigung sowie Funktionstüchtigkeit (von Organen). Allerdings müssten diese Begriffe gleichsam definiert werden, um einen gemeinsamen Konsens zu finden. Krankheiten hingegen wird eine zeitliche Dimension zugeordnet, sowie Krankheitszeichen (Symptome), die in Abgrenzung zu einem Normalzustand¹⁰ getroffen werden. Auch den verschiedenen Krankheitsdefinitionen lassen sich zentrale Begriffe zuweisen, die häufig genannt werden z.B. Funktionsbeeinträchtigung/-störung, morphologische Abweichung, Notwendigkeit therapeutische Maßnahmen/Hilfebedürftigkeit und Beeinträchtigung (von Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit). Auch hier wären für das Allgemeinverständnis weitere Präzisierungen der Unterbegriffe nötig (Becker 2006).

2.1 Außenseiter

Unter soziologischer Betrachtung gründet sich der Außenseiter-Status auf das Abweichen von Regeln, die von sozialen Gruppe aufgestellt wurden.

Regeln, die administrativen, gesetzlichen Typs sein können, sprich, formeller Natur, oder ihren Ursprung in kultureller, traditioneller Herkunft begründen, informeller Natur sind.

Diese >Regeln< sind im übertragenen Sinne gleichzusetzen mit Definitionen bestimmter

10 „Bei diesem ‚Normalzustand‘ kann es sich entweder um einen früheren Zustand des Individuums (Individualnorm), einen statistischen ‚Normalzustand‘ (statistische Norm) oder einen Zustand des ‚normalen Funktionierens‘ (funktionale Norm) handeln.“ (Becker 2006)

Sachverhalte. Etwa die Definitionen von „gesund“ und „krank“, die gesellschaftlich wissenschaftlich festgeschrieben wurden. Ein Abweichen aus einer der Kategorien rechtfertigt, nach diesem Verständnis, die Zuschreibung der Außenseiter-Rolle, je nachdem welcher Bezugspunkt gewählt wurde (Becker 1981).

Der besondere Status, der sich neben dem innehaben bzw. nicht innehaben von bestimmten Kompetenzen und Berechtigungen ergibt, ist im alltäglichen Umgang zudem um eine moralisch, wertende Kategorie erweitert. Auch die Wertung, im Sinne einer „Gut-Schlecht“ Verallgemeinerung, resultiert aus der Festlegung eines / einer mit Definitionsmacht ausgestatteten Individuums, Gruppe oder Instanz.

So kann abweichendes Verhalten als von der Gesellschaft geschaffen angesehen werden. Indem Regeln und auch Definitionen von einer Gruppe aufgestellt und auf eine zweite Gruppe angewendet werden, wird abweichendes Verhalten konstruiert.

Das heißt, „abweichen“ ist keine Qualität einer Handlung, sondern vielmehr das Resultat eines Vergleiches zwischen funktionalen und dysfunktionalen Kategorien, wobei sich die Funktionalität auf die jeweiligen Gruppeninteressen beziehen und der Vergleich dadurch einen regulativen Charakter annimmt. Eine Person mit abweichendem Verhalten ist jemand auf den bestimmte Regeln angewendet werden, die ihn dadurch zu einem Außenseiter erklären. Abweichendes Verhalten ist das Resultat der Anwendung von Regeln (Becker 1981).

Es kommt jedoch nicht unbedingt auf die Beurteilung eines Anderen an. Die Registrierung kann auch vom Abweichler selbst kommen. Der Abweichler selbst kann sich als „Abweichler“ identifizieren. Entscheidend für die Zuschreibung ist die Reaktion auf eine Handlung und das in Beziehung setzen mit Regeln.

Diese Zuschreibung beinhaltet das Registrieren der Handlung, für gewöhnlich die Ermittlung des Sinnes der mit der Handlung verbunden wird und das in Beziehung setzen des Ganzen mit den aktuellen Regeln. Wobei man bei der Registrierung und der Einteilung des Verhaltens als abweichend darauf verzichten kann ob der subjektive Sinn identifiziert wurde oder nicht (Peters 2009). In der Regel fließt sie bei der Beurteilung jedoch mit ein.

Nun sind psychisch Kranke, mehr noch als körperliche, von dieser Zuschreibung betroffen. Im Zusammenhang mit der Sichtbarkeit oder eben Unsichtbarkeit der Krankheit wird die Außenseiterrolle vermehrt am Verhalten des Betroffenen festgemacht. Ohne nähere Kenntnis, beispielsweise von psychiatrischen Krankheitsbildern, und bei Nichtgelingen

einer Sinnzuschreibung kann das Verhalten schnell als auffällig beschrieben werden. Auch kann die Außenseiterrolle auf der Beobachtung der Teilnahme an psychiatrischer Behandlung o. ä. beruhen. Dabei muss nicht mal ein Normbruch feststellbar gewesen sein.

Die Außenseiterposition kann dann auf Stereotypen¹¹, infolge einer Übereinstimmung mit negativen, auf Vorurteilen und als Verhaltensfolge auf Diskriminierung „psychisch Kranker“ beruhen (Corrigan, Rüsç 2002). Die Etikettierung durch Öffentlichkeit und durch den Betroffenen selbst bleiben hinsichtlich des Stigmas >psychisch krank< nicht folgenlos.

2.2 Stigma

Erving Goffman beschreibt Stigma als eine Diskrepanz zwischen virtueller sozialer Identität und aktueller sozialer Identität.

Bei der Schaffung einer virtuellen sozialen Identität handelt es sich um eine Charakterantizipierung mit dem Zweck ein fremdes Individuum sozial zu kategorisieren, um es nach seinem sozialen Status gesellschaftlich zu verorten. Diese Charaktergenerierung beruht allein auf Annahmen, eine Attributenzuschreibung „im Effekt“.

Dazu im Gegensatz steht der tatsächliche Charakter des fremden Individuums, dessen Kategorie (sozialer Status) und Attribute bewiesen werden können, und so die aktuelle soziale Identität ausmachen. Im Vergleich beider Identitäten konstituiert das Stigma eine besondere Diskrepanz. Gewissermaßen eine Fehleinschätzung bzw. Fehlbeurteilung in dessen Auflösung das Individuum von einer sozial (wohl)antizipierten Kategorie herabgestuft wird. Wobei die Fehleinschätzung auf einer Eigenschaft des Individuums basiert, die nicht mit der Personenkategorie (virtuelle soziale Identität) übereinstimmt und es in unerwünschter Weise anders ist, als antizipiert wurde.

Das Stigma stellt ein Stereotyp dar, das in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht wird, die in jeder Hinsicht negativ besetzt ist und eine extensiv diskreditierende Wirkung aufweist (Goffman 1975).

Die Art der stigmatisierenden Eigenschaft lässt noch eine weitere Unterscheidung zu. Im

11 „Die Forschung hat vier Gruppen von Stereotypen identifiziert, die besonders problematisch für psychische Erkrankungen sind. Erstens, Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gefährlich und sollten gemieden werden. Zweitens sind Menschen mit psychischen Erkrankungen schuld an ihren Einschränkungen, die aus ihrem schwachen Charakter entstehen. Drittens sind sie inkompetent und brauchen Autoritätsfiguren, die für sie entscheiden. Viertens werden sie als kindlich angesehen und profitieren von Elternfiguren, die für sie sorgen.“ (Corrigan, Rüsç 2002)

Falle eines sichtbaren Merkmals, eines das sich der Aufmerksamkeit aufdrängt, etwa einer körperlichen Entstellung o.ä., kann man beim Betroffenen von einem Diskreditierten sprechen. Im Falle eines unsichtbaren Merkmals, wie z.B. bei einer psychischen Krankheit, kann man beim Betroffenen den Begriff des Diskreditierbaren anwenden.

Ist jetzt eine Person im Besitz eines stigmatisierenden Merkmals, das nicht offenkundig zu Tage tritt, kann sie, im Gegensatz zu einer bereits diskreditierten Person, die Weitergabe der Information über ihren „Fehler“ steuern. Das heißt, ein Stigma stellt eine im sozialen Umgang entscheidende Information dar, die es vermag das Bild des Betroffenen und den Umgang ihm gegenüber signifikant zu beeinflussen. Nicht nur der Umgang mit einer anderen Person ist davon betroffen, das Verhalten und Selbstbild des Stigmaträgers ist gleichermaßen davon abhängig.

Und mehr noch, einige Informationen sind derart institutionalisiert und allgemein anerkannt, dass sie den Charakter von Symbolen entsprechen. Das trifft auf solche Zeichen zu, *„die soziale Information vermitteln, die häufig und sicher verfügbar sind, routinemäßig gesucht und entgegengenommen werden“* (Goffmann 1975). Medizinische Diagnosen stellen solche Symbole dar. Ein jeder, mit der entsprechenden Fachkenntnis, hat ein bestimmtes Bild des Patienten mit einer Diagnose von Typ „generalisierter Angststörung“ vor Augen oder weitergeführt, mit der Codierung „F 41.1“, die möglicherweise nicht einmal der betroffene Patient entschlüsseln kann.

Nun wirkt sich der Besitz eines als abweichend stigmatisierenden Merkmals, wie schon angedeutet, auf die Wertigkeit, sprich den Status, des Trägers aus. So kann das (Haupt)Merkmal, mit allgemein symbolischem Wert (Bsp. Diagnose), mit unterschiedlichen Nebenmerkmalen behaftet sein, die annehmen lassen, dass der Träger andere, mit dem Hauptmerkmal angeblich verbundene unerwünschte Eigenschaften besitzt (Becker 1981).

Forschungen haben es verdeutlicht, die Stereotypen zu psychisch Kranken weisen darauf hin, dass das Hauptmerkmal „psychisch krank“ mit Nebenmerkmalen wie „gefährlich“, „schwacher Charakter“, „inkompetent“ und „kindlich“ in Verbindung gebracht wird (Corrigan, Rüschi 2002).

Goffman nennt die Symbole, die in der Lage sind die Wertigkeit im Sinne des sozialen Status zu reduzieren Stigmasymbole. Dem gegenüber stehen Prestigesymbole, die das genaue Gegenteil der Stigmasymbole darstellen und dementsprechend in der Lage sind das Ansehen einer Person zu verbessern (Goffman 1975).

Man kann jetzt sagen, dass Diagnosen abstrahierte Symbole darstellen, die sozial relevante Informationen über den Träger enthalten. Diese Information ist in der Lage sich positiv oder negativ auf die gesellschaftliche Stellung bzw. auf das Ansehen des Symbolinhabers auszuwirken, weswegen der Träger dazu geneigt sein wird, die Informationsweitergabe zu seinem Gunsten zu kontrollieren.

2.3 Patientenkarriere – Selbstbild und Identität

„Alle wurzeln im Märchen: Ich war einmal. Eine Reihe von Wegmarken später, und alles steht fest und muss nicht mehr erzählt werden: »und wenn sie nicht gestorben sind ...« Wie jemand wurde, das erklärt er anhand von Ernstfällen – als sei ein Individuum erklärbar aus der Summe seiner Narben [...]“ (Willemsen 2010).

Am Anfang steht ein Bruch. Ein Bruch im bisherigen von Kontinuität bestimmten Lebensmuster. Verursacht durch eine Bezeichnung, von nun an etwas zu sein, was man zuvor nicht war – psychisch krank (Gerhardt 1986).

Die vorerst entscheidendste Komponente, die die Diagnose mit sich bringt, ist der drastische Wandel der öffentlichen Identität, die Konsequenz für die soziale Partizipation und für das Selbstbild des Betroffenen. Darauf aufbauend, die Bedrohung des beruflichen, finanziellen und des familiären Status.

Hierin kann der Keim einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung liegen in dessen Ergebnis der Betroffene nach dem Bilde geformt wird, dass die Öffentlichkeit von ihm hat.

Sobald jemand als abweichend identifiziert wurde besteht die Gefahr, dass der Betroffene von seiner bisherigen sozialen (konventionellen) Gruppe ausgeschlossen wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Verhalten vor der Etikettierung die Isolation verursacht hätte oder nicht.

Ist die Diagnose öffentlich bekannt, wird der Betroffene bezüglich bestehender Stereotype von der Öffentlichkeit entsprechend behandelt. Diese Behandlung kann gleichfalls, als Reaktion des Betroffenen, zunehmend mit abweichendem Verhalten beantwortet werden.

Es wird ein Aktions-Reaktions-Kreislauf in Gang gesetzt mit dem Schluss, dass zunehmend die Außenseiterrolle gefestigt wird. Die Öffentlichkeit enthält dem psychisch Kranken gesellschaftlich legitime Mittel vor, um „normal“ den Alltag verrichten zu können. Es müssen notwendigerweise abweichende Gewohnheiten entwickelt werden.

Als einen letzten Schritt steht der Eintritt in eine neue soziale Gruppe, um wieder sozialen Anschluss zu bekommen und nicht mehr als Außenseiter zu gelten. Eine Gruppe, die von der Herkunftsgruppe bereits als abweichend identifiziert wurde.

Hat der Betroffene diesen Schritt getan oder eher unbewusst vollführt, ist auch entscheidend seine Selbstauffassung davon berührt. Auf Grundlage des Gefühls des gemeinsam geteilten Schicksals bildet sich eine neue Subkultur mit neuen Normen, Werten, Statuselementen, die auf der gemachten Erfahrung der Ausgrenzung beruhen.

Identifiziert sich der Betroffene mit der neuen Kultur, kann sich das von der Herkunftsgruppe diagnostizierte und als krank identifizierte Verhalten dahingehend weiter festigen.

Der psychisch Kranke kann nun von den Erfahrungen der anderen Subkultur-Mitglieder profitieren. Weiterhin verfügt er über Rationalisierungsmöglichkeiten, die sein Verhalten/Erleben sich selbst und der neuen Gruppe gegenüber rechtfertigen und eventuelle Selbstzweifel ausräumen.

Die Methode der Rationalisierung ist imstande die konventionellen Einstellungen zu neutralisieren und liefert dem Betroffenen hinreichend Gründe seine Einstellung beizubehalten.

Das abweichende Verhalten ist jetzt möglicherweise konsistenter, als es vor der Annahme des neuen Selbstbildes war.

Doch nicht jeder, der öffentlich als abweichend diagnostiziert wurde, muss zwangsläufig die Spirale der Chronifizierung durchlaufen. Der Prozess bleibt aus, wenn der Betroffene eine der Spirale gegenläufige Verhaltensalternative wählen kann (Becker 1981).

2.3.1 Die vorklinische Phase

Bevor es zu einer Diagnose kommt, durchlebt der Betroffene einen Zeitraum (von unbestimmter Länge), in dem er bei sich selbst neue Gefühle, Wahrnehmungen, Handlungen und so fort, an sich entdeckt. Vielleicht nicht neu in dem Sinne, dass sie vorher unbekannt waren, eher neu im Hinblick auf den Kontext, die (auslösende) Situation. Zumindest entwickelt sich ein diffuses Gefühl einer Fremde, einer Bedrohung, eines „irgendwas stimmt nicht“.

Zum einen eine Bedrohung der eigenen Person, des Selbstbildes, zum anderen eine Bedrohung von außen, eine soziale Wertung, die als Fremd gedeutet werden könnte. Mit dieser

Bedrohung kommt die Sorge, es könnte nach außen gezeigt und von außen bemerkt werden.

„Mit der desintegrierenden Neubewertung seiner selbst ist für das Individuum eine neue, beinahe ebenso eindringliche Erfahrung verbunden: der Versuch, vor anderen das zu verbergen, was er für die neuen, fundamentalen Tatsachen über die eigene Person hält, und herauszufinden, ob auch andere diese bereits entdeckt haben“ (Goffman 1973).

In diesem Zustand versucht der Betroffene seine bisherigen Rollen weiterhin aufrechtzuerhalten. Die Konsequenz ist ein erhöhter Stresslevel, eine Belastung die genährt wird von der Angst, die, durch die Symptome ausgelöst, das Selbstbild bedrohen, von der Angst vor der Entdeckung und der sozialen Konfrontation, der Handhabung der jeweiligen Symptomatik selbst und die Strategien damit umzugehen.

Bis zu dem Punkt an dem die maximale Belastbarkeit erreicht ist und das System zusammenbricht.

Der Eintritt in eine Klinik, bzw. jedwede institutionalisierte Instanz, die mit der Behandlung psychischer Krankheiten betraut ist, kann den Punkt des öffentlich Werdens des bestehenden Leidens beschreiben, mit dem letztlich der Ausschluss markiert ist.

Eingeleitet durch die betroffene Person selbst, allgemein das soziale Netzwerk (Familie, Freunde, Kollegen) oder die Öffentlichkeit (Nachbarn, Passanten, Behörden etc.), die dem Betroffenen nahelegen, ihn überreden, drohen, mitunter zwingen, behandelnde Instanzen zu nutzen.

„Die moralischen Aspekte dieser Karriere beginnen typischerweise mit der Erfahrung des Verlassenseins, des Treubruchs und der Verbitterung“ (Goffman 1973).

Dies ist der erste effektive Schritt, der den sozialen Anfang der Patientenkarriere markiert, völlig unabhängig davon, wo man den psychologischen Beginn einer psychiatrischen Krankheit positioniert. Weiter beschreibt es den Übergang vom „Bürger“ zum „Patienten“, der darin besteht, dass schrittweise (Bürger-)Rechte und Pflichten entzogen werden (z.B. Verlust oder Entzug von Glaubwürdigkeit) und neue erlangt werden, die dem Status des psychisch kranken Patienten entsprechen.

Der Begriff der Karriere selbst beruht letztlich auf der retrospektiven Rekonstruktion des abgelaufenen Lebens.

Im Rahmen des Wandels vom Bürger zum Patienten, und sicher auch zur medizinisch notwendigen Rechtfertigung der Diagnose, wird die bisher als Lebensgeschichte bezeichnete Vergangenheit zu einer „Fallgeschichte“¹² umkonstruiert, mit dem Effekt, dass nun

¹² *„In der Regel dient dieses Dossier offenbar aber nicht dazu, diejenigen Fälle zu registrieren, in denen der*

belegt wird bzw. werden kann, das der Betroffene die ganze Zeit schon erkrankt war und schließlich irgendwann die Krankheit sichtbar, sprich klinisch, werden würde (Goffman 1973).

In diesem Sinne sei an dieser Stelle ein Auszug aus einem Liedtext einer US-amerikanischen Gruppe zitiert, die zwar hauptsächlich einen politischen Bezug hat aber in diesem Zusammenhang das Zusammenspiel und die Auswirkung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft treffend wiedergibt.

„ Who controls the past now controls the future.

Who controls the present now controls the past.

Who controls the past now controls the future.

Who controls the present now?“ (De la Rocha 1999)

2.3.2 Die klinische Phase

Das Selbst/Selbstbild entwickelt sich nicht nur aus der Interaktion seines Trägers mit Anderen, gewissermaßen im Vergleich zu anderen Individuen und der Abgrenzung zu ihnen, es ist auch davon abhängig, was für Bedingungen und Arrangements die Gesellschaft vorgeben.

Ändern sich die Gegebenheiten, an die das Individuum gewöhnt ist, ändern sich auch die Bezugspunkte an denen das Selbst¹³ mit definiert wird (Rolle, Position, Status).

So stellt die Zuschreibung einer Diagnose keine moralisch wertende Information dar, sondern ist vielmehr Ausdruck des jeweiligen Status der Person und seiner allgemeinen Funktionsfähigkeit innerhalb der Gesellschaft.

Im Zuge der Schaffung eines neuen oder der Aufrechterhaltung des alten Selbstbildes

Patient die Fähigkeit bewies, ehrenhaft und effektiv mit schwierigen Lebenssituationen fertig zu werden. Sie dient auch nicht dazu, einen allgemeinen Querschnitt zu geben. Vielmehr dient es dazu, zu beweisen, inwiefern der Patient „krank“ ist und warum es richtig war, ihn in die Klinik einzuliefern und die Hospitalisierung aufrechtzuerhalten. Dabei wird so verfahren, dass aus seinem ganzen Lebenslauf eine Liste jener Vorfälle zusammengestellt wird, die »symptomatische« Bedeutung haben oder hätten haben können.“ (Goffman 1973)

13 „Daher kann man behaupten, dass das Selbst definiert wird durch die in einem sozialen System für dessen Mitglieder verbindlichen Gegebenheiten. In diesem Sinne ist das Selbst nicht Eigentum der Person, der es zugeschrieben wird, sondern sitzt eher in den Mustern sozialer Kontrolle, nach denen sich der einzelne und die Personen seiner Umgebung verhalten. Ein institutionelles Arrangement dieser Art unterstützt das Selbst weniger, als dass es dieses konstruiert.“ (Goffman 1973)

konstruiert sich ein jeder einen Lebenslauf, der subjektiv gefärbte, verzerrte, und ausgewählte Ereignisse enthält, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft betreffen. Dabei ist jeder bemüht, ein in Abhängigkeit zum sozialen Kontext, möglichst positives oder eindrucksvolles Bild von sich darzustellen.

Ist dies durch Geschehnisse in der Vergangenheit und Gegenwart nicht möglich, scheint es das Beste, quasi zum Selbst-Schutz, für das, was aus einem geworden ist, nicht verantwortlich zu sein (Goffman 1973).

Gleichzeitig mit der Umkonstruktion des Lebenslaufes in eine Fallgeschichte wird dem psychisch Kranken damit die Patientenkarriere zugeschrieben. Allein dadurch, dass behandelnde Instanzen immer wieder den Fokus auf Symptome, auslösende Situationen o.ä. legen, wird dem Betroffenen indirekt verdeutlicht, dass seine Vergangenheit letztlich die Geschichte seiner Krankwerdung beschreibt, und so die Annahme seiner Krankenrolle nahegelegt.

Eine Diagnose auf Grundlage einer so konstruierten Fallgeschichte (bzw. die Fallgeschichte selbst) erweist sich somit als Basis eines Chronifizierungsprozesses, da die gegenwärtige Interpretation der Vergangenheit ein zu erwartendes Bild der Zukunft erstellt.

Hinzu kommt, dass es als festgeschriebenes Etikett (z.B. Gutachten, Krankenakte) resistenter gegen Veränderungen ist und ein Etikett auf Dauer bildet. Dadurch, dass eine (mögliche) Interpretation des Lebenslaufes als Fallgeschichte niedergeschrieben wurde, ist die Interpretierbarkeit des Textes bereits vorgegeben und begrenzt. Andere Interpretationen sind so gut wie unmöglich, es lässt sich nichts anderes als eine Fallgeschichte daraus lesen (Simon 1999).

Identifiziert sich der Betroffene mit seiner neuen Rolle und erweitert damit sein Identität, lässt sich die neue Situation sogar für sekundäre Gewinne nutzen (Goffman 1975).

„Sobald er erkennt, was es heißt, wenn die Gesellschaft einem ein lebensfähiges Selbst abspricht, verliert diese bedrohliche Definition – die Drohung, die einen Menschen auf das Selbst verpflichtet, das die Gesellschaft ihm zudiktiert – ihre Wirkung. Der Patient gewinnt neuen Boden unter den Füßen, sobald er die Erfahrung macht, dass es sich mit einem Verhalten, welches die Gesellschaft als selbstzerstörerisch ansieht, gut leben lässt“ (Goffman 1973).

Ihm bietet sich beispielsweise die Möglichkeit, seine Historie als ultimative Entschuldigung für jedweden Misserfolg heranzuziehen, oder auch als Entschuldigung für das Versagen von irgendeiner Art von Kompetenz, die von ihm abverlangt wird. Auch können

Konsequenzen, die den sozialen Status bedrohen, jegliche Wirkung verlieren, da dieser mitunter nicht weiter herabgesetzt werden kann (Goffman 1973).

Das heißt, es werden zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung der nun neuen Identität Rationalisierungs- und Bewältigungsmöglichkeiten¹⁴ entwickelt, um diese und sich selbst zu schützen.

2.4 Chronizität als individuelle Anpassungsleistung

Chronizität hat erst mal nichts mit etwas pathologischem zu tun, wie es die obige Definition zunächst glauben machen könnte. Das dem Begriff eine Bedeutung mitschwingt, die ihn als krankhaft und behandlungsbedürftig beschreibt, steht außer Frage. Wertfrei betrachtet handelt es sich jedoch um einen Ablauf, ein Muster das sich in einem zeitlichen Rahmen wiederholt und eine gewisse Stabilität entwickelt.

So ist Chronizität unter dem systemischen Verständnis ein Merkmal von Beziehungen, die von Konstanz geprägt sind. Es werden Beziehungsmuster (z.B. Verhaltens- und Kommunikationsformen) wiederholt reproduziert. Um aber Beziehungs- oder Kommunikationsmuster zu entwickeln und auch noch zu wiederholen, ist mehr als eine Person von Nöten. Das heißt, Chronizität ist die Leistung von vielen (Haselmann 2008). Da der Einzelne nicht ohne den sozialen Kontext betrachtet werden kann, kann auch der soziale Kontext nicht ohne den gesellschaftlichen Überbau verstanden werden. So sind auch die gesellschaftlichen Arrangements beteiligt, indem sie Handlungszwänge erschaffen unter denen sich soziale Gruppen und schließlich Einzelne bewegen.

Handlungszwänge, die entstehen sobald gesellschaftliche, soziale oder sonstige Veränderungen eintreten. Je nach Ausmaß der Veränderung werden diese dann als mehr oder weniger krisenhaft oder als Krise selbst bewertet. Zum Beispiel der soziale Ausschluss aus einer Gruppe oder die Vorenthaltung gesellschaftlich legitimer Verhaltensweisen (z.B. Entzug des Sorgerechts und Verweigerung des Umgangs, Entzug der Kreditwürdigkeit).

Auch bei weniger dramatischen Handlungszwängen handelt es sich im Grunde immer um zu bewältigende Gegebenheiten, die eintreten, sobald die Art der Abweichung von der Routine eine Adaption erforderlich macht.

Diesbezüglich beschreibt Lazarus Bewältigung als eine *„fortwährend sich wandelnde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung zur Handhabung bestimmter externer*

¹⁴ Vergleiche DSM-IV-TR Anhang B, Glossar spezifischer Abwehrmechanismen und Coping-Stile

und/oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden. Weiter handelt es sich um einen Prozess, in dessen Verlauf nach der zweckdienlichsten Bedeutung gesucht wird, die in der jeweiligen Situation zur Verfügung steht, nach einer Bedeutung also, die realitätsgerechtes Handeln unterstützt und die Situation zugleich in einem möglichst günstigen Licht erscheinen lässt.“ (Lazarus 2005). Dabei gibt es zwei Hauptfunktionen von Bewältigung, die nur sprachlich, aber praktisch nicht voneinander zu trennen sind. Zum einen handelt es sich um eine Problemfokussierung, wobei sich das Individuum aufgrund von gesammelten Informationen für Maßnahmen entscheidet die geeignet sind, um die gestörte Person-Umwelt-Beziehung wieder in Ordnung zu bringen. Zum anderen gibt es die emotionsfokussierte Funktion, bei der die Bewältigung darauf ausgerichtet ist, die mit der Stresssituation verbundene Emotion zu kontrollieren. Das geschieht z.B. durch Neubewertung der Situation, nicht aber durch den Einsatz von Abwehrmechanismen, diese stellen keine Bewältigung im Sinne Lazarus dar, da es sich nicht um eine bewusste und vor allem nachhaltige Form der Emotionskontrolle handelt (Lazarus 2005).

Das heißt aber andersherum auch nicht, dass der gesamte Bewältigungsprozess immer bewusst abläuft. Dem Prozess liegt eine Bewertung von Handlungsoptionen inne, die genauso wie der Emotions- und Problemfokus auch unbewusst ablaufen kann. Diese Bewertung ist mitentscheidend für die Wahl der Handlungsoption, und beruhen meist auf unbewussten Prozessen.

Es ist letztlich die Erfahrung mit einer Situation (z.B. einer früheren Krise) die es ermöglicht, schnell und automatisch zu reagieren. Die Adaption läuft ab ohne bewusst zu werden. Es muss auch nicht mehr über die Tragweite der Ereignisse und der zu wählenden Möglichkeiten nachgedacht werden (Lazarus 2005). Das Ergebnis ist eine Effektivitätssteigerung. Je mehr Erfahrung mit einer bestimmten Situation gesammelt wurde, desto schneller, automatischer (unbewusster) läuft die Anpassung.

Es gibt allerdings keine Bewältigungsstrategie, die unter allen Umständen effektiv oder ineffektiv ist. Die Effektivität hängt unter anderem ab von den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, der Person selbst (Ressourcen, Belastungsgrad), der Art der Bedrohung, den zu erreichenden Zielen oder die Form wie diese erreicht werden sollen. Auch führt die Erreichung eines Ziels mitunter zur Unerreichbarkeit eines Anderen und damit zu Konflikten (Lazarus 2005). Eine Bewältigungsstrategie kann dementsprechend effektiv für die Bewältigung zwischenmenschlicher Beziehungsprobleme sein, aber ineffektiv für die finanzielle Situation (z.B. der Kauf eines Versöhnungsgeschenkes, dass den finanziellen

Rahmen weit überschreitet) Das heißt, die Erreichung bestimmter Ziele muss nicht unbedingt mit Wohlbefinden einhergehen, deswegen können sie für das betreffende Individuum in anderer Hinsicht durchaus funktional sein.

In Bezug auf Chronizität heißt das, dass es sich um eine erfolgreiche Strategie handelt. Bewährte Verhaltensmuster werden wiederholt gezeigt. Allein daraus lässt sich jedoch keine nötige Intervention ableiten. Jeden Tag Nachrichten oder TV-Serien zu gucken wäre dann auch chronifiziertes Verhalten, da es sich als effektiv herausgestellt hat zu einer bestimmten Uhrzeit den Fernseher einzuschalten, um informiert oder unterhalten zu werden.

Symptome können auch das Resultat einer automatisierten Anpassung sein. Die Selbstschädigung bzw. ein Leiden wird in Kauf genommen, um andere Ziele (falls Wohlbefinden ein Ziel des Betroffenen ist) zu erreichen, die dem Betroffenen (sowie Helfer- oder Familiensystem) noch nicht mal bewusst sein müssen.

Das gezeigte Verhalten kann z.B. dahingehend effektiv sein, um den Kontakt zu Familienangehörigen zu halten (wenn sich das Familiensystem helfend um den Kranken gruppiert) bzw. Aufmerksamkeit von ihnen einzufordern. Es kann auch eine Möglichkeit der sozialen Absicherung sein. Diagnosen sind grundlegend für die Bewilligung von Leistungen (Eingliederungshilfen, Renten) oder für bestimmte Wohnformen. Unter diesen Umständen wäre es für den Betroffenen undenkbar sein Leiden aufzugeben, da seine (finanzielle) Existenz in Frage stehen würde.

Die Generierung von Chronizität resultiert hier aus der Schaffung einer Krankheitsdauer, beruhend auf der Umdeutung der Lebensgeschichte in eine Fallgeschichte mit der dazugehörigen Zukunft. Den Stein ins Rollen bringt die Zuschreibung einer Außenseiter-Position, deren Festschreibung durch den Einsatz von Stigmasymbolen, in Form von Diagnosen, erfolgt. Anhand der gesellschaftlichen (institutionell definierten) Ablehnung der bisherigen Lebensgeschichte und der damit verbundenen Ausweisung aus der bis dahin anerkannten Gruppe in eine Subgruppe, kann es beim Betroffenen zur Ausbildung bzw. Annahme der neu zugewiesenen Identität kommen. Die Identitätsannahme wirkt sich dann auf das zukünftige Fremd- und Selbstbild des Betroffenen aus. Das heißt, der Betroffene passt sich gemäß seines neuen Status, seiner Möglichkeiten und den gegebenen Umständen entsprechend an.

Im folgenden Kapitel geht es darum, welche Auswirkungen die Zuschreibung des Außenseiterstatus in einer von Ökonomie geprägten Gesellschaft haben kann. Unter Berücksichtigung von gesellschaftlichen Subgruppen und Subsystemen wird die Frage gestellt, was Eingliederung bedeuten soll und was es mit dem Gedanken der neoliberalen Eigenverantwortung auf sich hat. In einer Ökonomie, in der Zeit Geld ist, und die Geschwindigkeit, in der Welt der Waren zum Kennzeichen des Produktes werden, gewinnt chronisches, stabiles Verhalten, gemäß eines Zustandes einen exkludierenden Charakter (Willemsen 2010). In diesem Zusammenhang wird die Refunktionalisierung von Außenseitern, am Wandel von Begriffen (beispielsweise des Kunden) beleuchtet. Dahingehend wird die wirtschaftliche Situation Betroffener in Bezug auf die Möglichkeit zur Teilhabe und der Bereitstellung von Solidarität betrachtet.

3 Eingliederungshilfe gleich Ausgliederungshilfe !?

Es gibt keinen Einschluss ohne Ausschluss und keinen Ausschluss ohne Einschluss. Wie bereits weiter oben dargestellt und durch die Abhandlung des Soziologen Howard S. Becker beleuchtet, kann ein Individuum nicht vollständig aus der Gesellschaft herausfallen. Inklusion und Exklusion bedingen einander. Neutral betrachtet sind es Unterscheidungsschemata, die auf einem Vergleich beruhen. Die Entscheidung für die eine Kategorie beinhaltet zugleich die (mitgedachte) Komplementärkategorie, ohne die eine Unterscheidung nicht möglich wäre (Schiedeck, Stahlmann 2010).

Entscheidend für den In- und Exklusionsgedanken ist nunmehr, wo hinein und wo heraus gegliedert werden soll. Gibt es nun eine Gesellschaft als Ganzes oder besteht diese aus einer Vielzahl von Subgruppen, deren Summe als Gesellschaft bezeichnet werden kann?

In einer funktional differenzierten (Markt orientierten) Gesellschaft ist letzteres der Fall. In einer, aus einer Vielzahl von Subgruppen (Zielgruppen) bestehenden Gesellschaft ist es gar nicht möglich „total“ eingegliedert zu sein. Der Einschluss in die (Sub)Gruppe A bedeutet den Ausschluss aus der (Sub)Gruppe B, die zu A komplementär ist. Andererseits dürfte der „totale“ Ausschluss im Tod des Individuums liegen, dass aber bis dahin einer oder mehrerer Gruppen zugeordnet ist, oder werden kann. In einer Gesellschaft, in der es keine allübergreifende Leitdifferenz zur Inklusions-Exklusions-Unterscheidung gibt, ist auch die Unterscheidungsgewalt in den gesellschaftlichen Subsystemen verortet. Die Unterscheidung in den Subsystemen orientiert sich am gesellschaftlichen Vergleich, spricht an den anderen Subsystemen, und entscheidet, wer funktional / dysfunktional, gesund / krank, schuldig / unschuldig, reich / arm, drinnen oder draußen ist (Schiedeck, Stahlmann 2010).

Eine derartige multikontextuelle Einbettung von Subgruppen (Organisationen) bedeutet, unter soziologischer Neo-Institutionaler Betrachtung, dass Handlungen innerhalb eines institutionellen / organisationellen Rahmen weniger freier Entscheidungsmacht unterliegt. Das Handeln wird habituell bzw. institutionell bestimmt. Handlungsparameter (Möglichkeiten und Grenzen) werden durch die Organisation gewissermaßen strukturell determiniert (nicht im einzelnen festgelegt) dadurch, dass sich auf Grundlage organisationsspezifischer Wissensformen ein Rahmen für die alltägliche Kommunikation und Interaktion ergibt. Profession und Organisation konstituieren sich nach diesem Ansatz wechselseitig. Mehr noch, eine Profession ist nicht nur Bedingung für eine Organisation / Institution, sie legitimiert sich auch aus sich selbst heraus, auch in Abgrenzung zu anderen Subgruppen (Peter 2010).

Auch die Sozialarbeit kommt dieser Aufgabe nach. Das Ziel ebendieser besteht meist darin, die Funktionsfähigkeit des Klienten wieder herzustellen, damit dieser sich für die Eingliederung in eine andere Gruppe prädestiniert. Im umgekehrten Fall besteht das Ziel darin, die Funktionsfähigkeit zu erhalten, damit ein Abrutschen oder Ausgliedern aus der jeweiligen Gruppe verhindert wird, oder es besteht darin, überhaupt zu entscheiden, was für eine Gruppe die Richtige wäre (z.B. Durchsetzung von Leistungsansprüchen). Andere Systeme wiederum übernehmen die Prüfung hinsichtlich einer Unterscheidung in Richtung berechtigt oder nicht berechtigt (z.B. Rententräger, Sozialträger) usw..

„So entsteht ein verschachteltes System von Inklusions- und Exklusionsprozessen; Zugehörigkeiten / Nichtzugehörigkeiten werden damit partiell und episodisch. Eine gesamtgesellschaftliche Steuerung von Inklusion wird in individualisierten Gesellschaften der Postmoderne immer schwieriger; [...] Deren postmoderne sozioökonomische wie kommunikative Struktur verlangt eine gleichzeitige, aber auch ständig wechselnde Zugehörigkeit der Person zu verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft ...“ (Schiedeck, Stahlmann 2010).

Die Individualisierung und Zergliederung in immer kleinere Teilsysteme individualisiert die Lebensrisiken genauso wie die Integrations- und Inklusionsmöglichkeiten (persönliches Budget, Empowerment o. ä.). Eine kollektive Verantwortung gibt es nicht mehr. Ursachen für den sozialen Ausschluss sind ebenso individualisiert wie die Ursachen für den Einschluss (Schiedeck, Stahlmann 2010). *„Nicht mehr gesellschaftliche Strukturen und einseitige Verteilungsmechanismen, Macht- und Produktionsverhältnisse werden als Ursachen sozialer Exklusion betrachtet, sondern individuelle Verhaltens- oder Handlungsdefizite. Hiernach hat der Exkludierte als Träger von Defiziten seine Exklusion selbst zu verantworten“* (Schiedeck, Stahlmann 2010).

Das Bild der Eigenverantwortung der heterogenen Gesellschaft, insbesondere der Verschiedenheit von Lebensrisiken, entspricht dem neoliberalen Denkmuster. In diesem Zusammenhang trägt ein jeder für sich selbst die Verantwortung und zwar unabhängig von den Strukturen des Gesellschaftssystems.

3.1 Die Logik des neoliberalen Gesellschaftsmodells

Was bedeutet also die „neue Freiheit“? Und wer ist wovon frei? Eine eindeutige Definition von Neoliberalismus scheint es nicht zu geben. Der Begriff ist wandelbar und bleibt umstritten, denn derjenige der ihn gebraucht, ändert den inhaltlichen Bezug und die Bedeutung für was der Begriff steht. Daher schwankt die Bedeutung zwischen Laienverständnis, politischer Diskussion und sozialwissenschaftlichem Verständnis. Der vorherrschende Tenor ist primär ein ökonomischer und beinhaltet eine Reihe von marktfreundlichen Strategien (im Sinne einer „freien“ Marktwirtschaft) (Wacquant 2009). Wacquant hält dieses Verständnis jedoch für zu eng und unvollständig und unternimmt den Versuch einer soziologischen Charakterisierung wie folgt:

„Neoliberalismus ist ein transnationales politisches Projekt, dessen Ziel eine von oben betriebene Generalüberholung der Verknüpfung von Markt, Staat und Staatsbürgerschaft ist. Träger dieses Projektes ist eine neue global herrschende Klasse, die noch im Entstehen begriffen ist, und sich aus den Chefs und obersten Managern der transnationalen Firmen, aus hochrangigen Politikern, Staatsmanagern und Spitzenbeamten der multinationalen Organisationen (OECD, Welthandelsorganisation, Weltwährungsfond, Weltbank und Europäische Union) sowie aus den in ihren Diensten stehenden Experten für kulturelle Sachverhalte (darunter vor allem Ökonomen, Juristen, Kommunikationsexperten) zusammensetzt“ (Wacquant 2009).

Weiter, so Wacquant, gehört zu diesem Projekt, neben der Allmacht des Kapitals und dem Ausbau der Marktwirtschaft, auch die Verknüpfung von vier institutionellen Logiken.

1. *Ökonomische Deregulierung* mit dem Ziel der Durchdringung marktähnlicher Mechanismen für das ganze Spektrum des menschlichen Handelns.
2. *Delegation, Abbau und Neugestaltung von Wohlfahrtsleistungen* mit dem Ziel, ihre vermehrte und intensiviertere Umwandlung in Ware zu erleichtern und voran zu treiben.
3. *Die kulturelle Ausschmückung der Eigenverantwortung* und deren Vordringen in alle Lebensbereiche, sowie im Umkehrschluss, der Rückzug aus der Verantwortung und die Erklärung von Nicht-Zuständigkeit (oder deutlich reduzierter Zuständigkeit) seitens Staat und Unternehmen.
4. *Ein expansiver, intrusiver und proaktiver Strafverfolgungsapparat*, um die von der zunehmenden sozialen Unsicherheit und Ungleichheit Betroffenen zu kontrollieren und in Schach zu halten und so die Macht und Autorität der Amtsinhaber zu stärken (Wacquant 2009).

Mit der Umsetzung des neoliberalen Gesellschaftsmodells ist, dem Gedanken gleich, der Rückgang des Sozialstaates festgeschrieben, oder anders gesagt, auch hier eine Vermarktung im Gang, die man als Ökonomisierung des Sozialen bezeichnen könnte. Gleichzeitig werden staatliche Kontrollorgane ausgebaut bzw. deren Befugnisse erweitert, womit neben der Aufrechterhaltung der Autorität des Staates, auch Sicherheit zur Ware wird. Die neue Freiheit besteht m. E. vor allem in der Freiheit vor sozialer Verantwortung des Staates, in der freien Wahl sozialer Dienstleistungen für den Betroffenen, sofern er sich diese leisten kann und er sich gemäß seiner Risiken versichert hat.

Gerechtigkeit

Der neoliberale Gerechtigkeitsgedanke hat nichts gemein mit der sozialstaatlichen Gerechtigkeit. Nach dem neoliberalen Axiom werden Probleme vorrangig über Marktmechanismen gelöst. Weitere Faktoren der ökonomischen Rationalität sind insbesondere Eigenverantwortung, Effektivität und Effizienz. Für die Absicherung im Notfall ist jeder selbst verantwortlich, via Versicherungen. Gerechtigkeit wird hier durch freiwillige Solidarität von Risikogleichen erzeugt (Schmidt-Semisch 2000).

Das heterogene Versicherungskollektiv wird rechnerisch homogenisiert. Die versicherungsmathematische Gerechtigkeit ergibt sich aus der Auswertung verschiedenster individueller Informationen, mit dem Ergebnis einer Prognose über die zu erwartenden Schadenskosten. Individuelle Risiken (Alter, Geschlecht, Wohnort etc., sowie geistige, charakterliche Einflüsse und so fort) werden zur Zusammenstellung von Risikopopulationen benötigt, denen letztlich ein angemessener Tarif zugeordnet wird. Weiter können den Versicherten Pflichten (versicherungsvertragliche Obliegenheiten) auferlegt werden, denen sie zur weiteren Risikoregulierung nachzukommen haben. Als Voraussetzung von Kompensationsleistungen müssen sie beispielsweise Auskunft- und Meldepflichten nachkommen, technische Sicherungsmaßnahmen anbringen (Rauchmelder) oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nachweisen (Schmidt-Semisch 2000).

Der Versicherte ist nicht nur für sich verantwortlich, er hat auch dafür zu sorgen den Schaden für das ganze Kollektiv zu minimieren (Risikopopulation). Das heißt, er wird sogar dazu verpflichtet, neben dem eigenen Wohl, das Wohl anderer zu wollen, andernfalls steigen die Tarife. Die freiwillig erworbene Gerechtigkeit des Versichertenkollektivs

bedeutet auf den Punkt gebracht, hohes Risiko gleich hoher Tarif und niedriges Risiko gleich niedriger Tarif (Schmidt-Semisch 2000).

Adam Smith, der als Begründer der klassischen Nationalökonomie des klassischen Wirtschaftsliberalismus gilt, illustriert den Gedanken, in seinem Werk *Wohlstand der Nationen* von 1776 sehr zutreffend. Den (Grund)Gedanken, der für den Neoliberalismus herangezogen werden kann und für dessen Gerechtigkeitsempfinden gleichermaßen:

„Der Mensch dagegen braucht fortwährend die Hilfe seiner Mitmenschen, und er würde diese vergeblich von ihrem Wohlwollen allein erwarten. Er wird viel eher zum Ziele kommen, wenn er ihren Egoismus zu seinen Gunsten interessieren und ihnen zeigen kann, dass sie ihren eigenen Nutzen davon haben, wenn sie für ihn tun, was er von ihnen haben will. Wer einem anderen irgend einen Handel anträgt, macht ihm einen Vorschlag. Gib mir, was ich will, und du sollst haben, was du willst, ist der Sinn eines jeden solchen Anerbietens; und auf diese Weise erhalten wir voneinander den weitaus größten Teil der guten Dienste, deren wir benötigt sind. Nicht vom Wohlwollen des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsere Mahlzeit, sondern von ihrer Bedachtnahme auf ihr eigenes Interesse. Wir wenden uns nicht an ihre Humanität, sondern an ihren Egoismus, und sprechen ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen“ (Smith 1982).

Anders verhält es sich mit der staatlichen Sozialversicherung. Gleich ist zwar der Gedanke der Kompensationsleistung, allerdings ist die, vom individuellen Risiko entkoppelt, am Einkommen und der Bedürftigkeit orientiert. Das bedeutet, dass Risikounterschiede bewusst nicht berücksichtigt werden. Es handelt sich hier um eine erzwungene Solidarität (Sozialversicherungspflicht), wobei diejenige Bevölkerungsschicht zur Kasse gebeten wird, die die Versicherungsleistung gar nicht in Anspruch nimmt (heterogenes Versichertenkollektiv). Die (erzwungene) Solidarität, und in diesem Sinne die „soziale Gerechtigkeit“, gibt einem Ungerechtigkeitsempfinden Vorschub, was die Akzeptanz des Systems auf Seiten der geringer werdenden Versicherungszahler, bei gleichzeitiger Zunahme der Leistungsempfänger (Sozialhilfe, Rentner), sinken lässt (Schmidt-Semisch 2000). Hierzu veröffentlichte im Jahre 2007 Wilhelm Heitmeyer, Universität Bielefeld, unter dem Titel *„Moralisch abwärts im Aufschwung“* folgende Ergebnisse: *„Über ein Drittel der Deutschen stimmten tendenziell den Aussagen zu, dass die Gesellschaft sich wenig nützlichen Menschen (33,3 Prozent) und menschliche Fehler nicht mehr leisten (34,8 Prozent) könne. Und etwa 40 Prozent der Befragten waren der Ansicht, in unserer Gesellschaft würde zu viel Rücksicht*

*auf Versager genommen. Zu viel Nachsicht mit solchen Personen galt 43,9 Prozent als unangebracht, und etwa ein Viertel stimmte der Aussage zu, dass moralisches Verhalten ein Luxus sei, den wir uns nicht mehr leisten könnten (25,8 Prozent)*¹⁵ (Soltau Initiative 2010).

Der Um- und Abbau der sozialen Gerechtigkeit kann demnach mit einem Um- und Aufbau in Richtung versicherungsmathematischer Gerechtigkeit gleichgesetzt werden. Mit der Zuweisung der Handhabung von Existenzrisiken und Ressourcen in den Gewaltbereich jedes einzelnen Individuums werden diese für mündig erklärt. Im Zuge des neoliberalen Gerechtigkeitsmodells wird der Betroffene, der Klient zum Kunden. Hinter derartigen Euphemismen, und versteckt hinter Begriffen wie Emanzipation, werden Sparzwang und Leistungskürzungen in Angebote, Wahlfreiheit und Selbstbestimmung verkehrt (Schmidt-Semisch 2000).

3.2 Worte verändern die Welt

*„ Today is the last day
That I'm using words
They've gone out
Lost thier meaning
Don't function anymore.*

*Words are useless
Espacially sentences.
They don't stand for anything.
How could they explain how I feel.“ (Madonna 1994)*

Die Welt ist so, wie die Menschen sie gestalten. Nach Jens Förster und Howard S. Becker entscheiden vorgefasste, verinnerlichte Meinungen über den Blick auf die Welt. Das menschliche Handeln wird, im Sinne einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung unbewusst

15 „Dabei zeigte sich, dass diese Auffassungen vor allem von Personen mit >ausgeprägter Aufstiegsorientierung< vertreten wurden, gleichgültig ob sie realiter erfolgreicher waren oder nicht. Wobei nach Heitmeyer, ‚mit niedriger Sozillage das Bedürfnis wächst, sich von Personen am untersten Rand der Sozialhierarchie abzugrenzen, indem man diesen eine negativere Arbeitshaltung zuschreibt als sich selbst‘.“ (Soltau Initiative 2010).

beeinflusst (z.B. durch Vorurteile, Klischees), auch wenn bewusst davon abweichende Meinungen vertreten werden. Paul Watzlawick beschreibt, dass die (soziale) Wirklichkeit anhand von Kommunikation zwischen Menschen konstruiert wird. Die Wirklichkeit (zweiter Ordnung)¹⁶ ist das Produkt einer Gemeinschaftsleistung durch Kommunikation und insbesondere Sprache. Sie lässt die Realität durch (wertende) subjektive Sinnzuschreibung eines bestimmten Kontextes entstehen. Die Realität ändert sich sobald sich Sinnzuschreibung oder Kontext ändern. Für das Bild der Sinnzuschreibung in Bezug auf die Strukturierung von Kontexten verwendet Erving Goffman hingegen den Begriff des „Rahmens“. Zur Definitionen von Situationen werden Zuschreibungen benötigt (in welchem Rahmen spielt sich was ab), um sie individuell begreifbar zu machen. Auch kann die Situationsdefinition fehlinterpretiert werden und in der Folge zu unangepasstem Verhalten führen. Die Fehlinterpretation des Einen kann auf der bewussten Herbeiführung eines Anderen beruhen. Rahmen können transformiert bzw. moduliert werden, wodurch die Individuen eine jeweils unterschiedliche Sichtweise der Wirklichkeit erhalten (Erlach 2009).

Allen Sichtweisen gemeinsam ist ihre Entstehung durch den gesellschaftlichen Austausch. Der Sprache kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Sie ist das Vehikel, das benötigt wird um ein Bild der Realität zu konstruieren. *„Unsere gemeinsame Wahrnehmung des ‚Alltäglichen‘ basiert auf der Einigung, die in linguistischen Prozessen erzielt wird. Daher ist es sehr wichtig, die Wirkung von Sprache zu verstehen, wenn erfasst werden soll, wie ein gemeinsames Bild der Wirklichkeit entsteht“* (Erlach 2009).

Die Sprache gibt mit ihren Begriffen bestimmte Möglichkeiten der Interpretation vor und schließt andere aus. Es handelt sich um ein Selektionsinstrument, welches (politisch) gezielt eingesetzt wird.

16 Die Wirklichkeit erster Ordnung wird von der Natur vorgegeben. Sie wird ausschließlich aus physikalisch messbaren Größen konstruiert (menschenunabhängige Wahrheit). Die Wirklichkeit zweiter Ordnung hingegen, wird aus von Menschen geschaffenen Größen gebildet (menschenabhängige Wahrheit). (Erlach 2009)

In diesem Zusammenhang und mit Verweis auf das Eingangszitat von Madonna, können Worte für alles und gar nichts stehen. Darüber hinaus ist ebenfalls die Gefahr, die von Worten ausgeht, in der Kunst thematisiert.

*„Words like violence
Break the silence
Come crashing in
Into my little world
Painful to me
Pierce right through me
[...]
Words are very unnecessary
They can only do harm.“* (Gore 1990)

Meines Erachtens stellen diese Liedtexte sehr gut die Wirkung dar, die von Sprache ausgehen kann. Insbesondere der Text von Martin L. Gore zeigt trotz der Kürze sehr anschaulich, wie sich Begriffe auf das persönliche Weltbild auswirken können, auch und grade in Bezug auf Zuschreibungen, Diagnosen oder andere Sprachsymbole. Aber genau so, wie Worte für alles, oder wie bei Madonna für gar nichts stehen können, können auch Worte, oder besser Kommunikation allgemein, im Umkehrschluss schädlich wie nützlich, effektiv wie ineffektiv sein. Genauso deutet das Zitat von Madonna die Grenzen wörtlicher Sprache als Informationsübermittlung an.

Kunden und Dienstleister statt Kranke und Helfer

Das Aufkommen von marktwirtschaftlichem Denken hat bereits deutliche Spuren im Bereich der sozialen Arbeit hinterlassen. Betriebswirtschaftlich geprägte Begriffe sind bereits in den allgemeinen Sprachgebrauch von Hilfsorganisationen und sozialen Leistungsträgern übergegangen. Der Begriff des Kunden / der Kundin wird beispielsweise in den Arbeitsagenturen selbstverständlich gebraucht. In der Rechtssprache heißt es Hilfebedürftiger bzw. Leistungsberechtigter (mit einem Recht auf Leistung), im behördlichen Sprachgebrauch sind es jedoch Kunden, was im Umgang bzw. der Einstellung gegenüber Betroffenen / Hilfesuchenden nicht folgenlos bleibt.

Durch Einführung ökonomisch konnotierter Begriffe wandelt sich auch die soziale Arbeit. Nach Watzlawick ändert sich mit einem Wandel der Sinnzuschreibung auch die Realität. Im Sinne der sich selbsterfüllenden Prophezeiung folgt einer veränderten Erwartung eine Anpassung des Verhaltens nach (Erlach 2009).

Nach marktwirtschaftlichem Verständnis sind Kundinnen und Kunden Menschen, die für eine Leistung bezahlen. Auch die eigentliche Bedeutung des Klientenbegriffes kommt dem gleich. Aus dem Englisch und Französisch kommend bedeutet „client“ - Kunde, ist das „Klientel“ die Kundschaft, im ökonomischen Verständnis. Der Klientenbegriff bzw. die Klientenorientierung in der Sozialen Arbeit meint aber, dass der Klient der Auftraggeber ist und er diesen Auftrag jederzeit anpassen oder zurücknehmen kann (Seibert 2000). Ein Verständnis, dass den Fokus eher auf Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit setzt. Jedoch werden mit dem Kundenbegriff, mit dieser Umkehr, aus betroffenen, hilfesuchenden Menschen selbstbestimmte, autonome und finanziell potente Menschen. Ihre Situation wird uminterpretiert, sie werden für mündig erklärt mit dem Ziel die (gesellschaftliche) Verantwortung auf den Einzelnen zu übertragen. Denn als selbstbestimmte Menschen sind sie auch für das Gelingen oder Scheitern ihrer Hilfe selbst verantwortlich (Erlach 2009).

Nach Howard S. Becker sind Außenseiter Individuen, die für eine bestehende Gruppenstruktur als dysfunktional identifiziert wurden. Empfänger von sozialen Transferleistungen würden beispielsweise als Konsumenten funktionslos sein, da sie kein eigenes bzw. nur ein geringes Einkommen vorweisen können. Mit der Neu-Betitelung werden sie als Konsumenten re-funktionalisiert. Positiv ist, dass der Kundenbegriff weniger stigmatisierend wirkt und es sich, wenn auch nur begrifflich, um einen rehabilitativen Schritt handelt. Jedoch bleibt zu bedenken, dass die Betroffenen dem Bild nicht entsprechen können. Das Aufrechterhalten der Rolle kommt der Belastung gleich, wie sie nach Goffman in der vorklinischen Phase auftreten kann. Dadurch sind wiederum Krisen oder krisenhafte Situationen möglich.

Hinzu kommt, dass Betroffene in Notlagen in der Regel nicht wissen was sie tun können, was sie brauchen oder wo sie Hilfe finden. In diesem Zustand sind sie (stressbedingt) in ihrer Autonomie und Entscheidungsfähigkeit mitunter eingeschränkt (Erlach 2009). Unter diesen Bedingungen ist eine umfassende (selbst) Information über Hilfsangebote, die sie „einkaufen“ können, eher unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher ist ein Angewiesensein auf Sozialhilfebehörden, die nun den Betroffenen mit der Kunden-Erwartungshaltung gegen-

über stehen. Das heißt, Betroffene kommen für gewöhnlich nicht freiwillig mit den entsprechenden Institutionen in Kontakt bzw. steht in Frage, ob sie überhaupt eine Dienstleistung in Anspruch nehmen wollen oder eher dazu gezwungen sind. Unfreiwilligkeit ruft zugleich eine mangelnde Motivation in Sachen der Mitarbeit (Compliance) hervor. Was allerdings nicht Inhalt und Erwartung des Kundenbegriffes ist und Irritationen beider Parteien provozieren kann. Die damit verbundene Unzufriedenheit (evtl. das Gefühl nicht ernst genommen zu werden) steht einer unkomplizierten und schnellen Hilfe im Wege. Zudem wirkt der Kundinnen- und Kundenbegriff im Zuge einer nicht ungefährlichen Verharmlosung armutsnormalisierend (Erlach 2009).

Die voranschreitende Vermarktwirtschaftlichung, die von Seiten der Sozialpolitik vorangetrieben wird, wird auch seitens verschiedener Organisationen und Initiativen kritisch verfolgt. Insbesondere sei an dieser Stelle auf die Soltauer Initiative, und in deren Anlehnung aus dem Raum Österreichs, die Linzer Initiative, hingewiesen.

In den Soltauer Impulsen bekunden sie, neben der Wahrnehmung von Thomas Erlach, dass es im sich abzeichnenden ökonomischen Wandel zu einer Aushöhlung des sozialen Arbeitsfeldes kommt. Der Gebrauch der Sprache wurde auch hier als geschicktes Mittel angeführt, um den Wandel herbeizuführen. „[...] *Unter Propagierung wohlklingender Maßnahmen wie Qualitätssicherung, Personenzentrierung, individuelle Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Persönliches Budget etc. [...]*“ wird die Kürzung von Mitteln und die Verknappung von Zeit beschönigend umschrieben. „*Es besteht ein hohes gesellschaftspolitisches Interesse, auch kranke und behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln, obgleich nur all zu deutlich ist, dass sie nicht über Konsumentensouveränität verfügen.*“ Durch die sprachliche Anpassung wiederum, wird der „*Wettbewerb mit der [politischen] Intention der ‚Marktbereinigung‘ durch Konkurrenz und Preisdruck unter Kollegialeinrichtungen gefördert.*“ Gleichfalls fällt mit Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich an Effizienz und messbaren Erfolg orientieren, die eigentliche (Beziehungs-)Arbeit mit den Betroffenen hinten runter (Soltauer Initiative 2004).

Letztlich spielt der Klient in diesem System keine Rolle mehr als ein Betroffener, mit seinen Empfindungen und Nöten. Er selbst wird zum Kapital, zum Ding degradiert. In der Sozialverwaltung geht es im Zuge der Ermittlung der Leistungsberechtigung bzw. bei der Bedarfsermittlung hauptsächlich um das Einkommen und Vermögen, dass der Betroffene lückenlos offenzulegen hat. Verweigert er die Mitwirkungspflicht kann die Leistung versagt werden (§ 66 SGB I) (Erlach 2009).

Dass es in der Verwaltung hauptsächlich um die Kosten, bei der Gewährung von Hilfen geht, ist unter Umständen auch daran festzumachen, dass die Zustimmung über die Gewährung von Verwaltungsfachkräften abhängt, die nicht zwangsläufig psychosoziales Fachwissen haben müssen. Leistungsanbieter hingegen werden unter besagtem Konkurrenzdruck und der Kürzung von Mitteln erst mal um ihr eigenes Überleben kämpfen müssen. Dabei steht die Auslastung wohl an erster Stelle. Ist die Nachfrage schlecht, müssen bestehende Klienten gehalten werden. Ist sie zu hoch, und wird ein Mehr an Unterstützung nicht finanziert, entstehen Wartelisten. Der Sozialen Arbeit sind durch die Ökonomisierung die Hände gebunden, die Chronifizierung scheinbar vorprogrammiert (Erlach 2009).

3.3 Teilhabe unerwünscht?

2008 hat Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) anerkannt. Damit übereinstimmend, ist sich die Politik bewusst, „[...] *dass die Mehrzahl der Menschen mit Behinderungen in einem Zustand der Armut lebt, und diesbezüglich in der Erkenntnis, dass die nachteiligen Auswirkungen der Armut auf Menschen mit Behinderungen dringend angegangen werden müssen, [...]*“ wie es unter Punkt t) der Präambel heißt. Weiter anerkennen die Vertragsstaaten unter Artikel 28 UN-BRK 1) „[...] *das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihren Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen [...]. 2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht [...] auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts [...]*.“ (UN-BRK 2006).

Materielle Ressourcen stellen nicht nur nach Meinung der Vereinten Nationen einen entscheidenden Punkt in der Diskriminierung von behinderten Menschen dar. Auch der indische Wirtschaftswissenschaftler Amartya Sen versteht Armut als einen Mangel an der Teilhabe von gesellschaftlichen Chancen (Soltauer Initiative 2010).

Dazu steht die staatlich verordnete Ausgrenzung, im Sinne des Existenzminimums, im krassen Widerspruch. Allein der Regelsatz deckt verschiedene Punkte der Teilhabekriterien nach dem Modell der ICF nicht oder nicht ausreichend ab, um hier von wirklicher Teilhabe reden zu können.

Der Gesetzentwurf, der frühestens am 1. Januar 2011 verabschiedet wird, sieht für einen Einpersonenhaushalt monatlich 361,81 Euro vor, die sich folgendermaßen zusammensetzen:

Abteilung	Euro	Prozent (gerundet)
Nahrung und alkoholfreie Getränke	128,46	35,5
Bekleidung und Schuhe	30,40	8,4
Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (ohne Miet- und Heizkosten, die separat erstattet werden)	30,24	8,35
Innenausstattung, Haushaltsgeräte und -gegenstände	27,41	7,57
Gesundheitspflege	15,55	4,29
Verkehr	22,78	6,29
Nachrichtenübermittlung	31,96	8,83
Freizeit, Unterhaltung, Kultur	39,96	11,04
Bildung	1,39	0,38
Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	7,16	1,97
Andere Waren und Dienstleistungen	26,50	7,32
Gesamt	361,81	99,94

(Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010)

Die Summe der regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben ergibt 361,81 Euro. Da diese Ausgaben anhand der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 erfasst wurden, werden sie für 2011 mit einer angenommenen Teuerungsrate fortgeschrieben und daher auf 364 Euro aufgestockt (Tagesschau 2010).

Angenommen, die übrigen Verbrauchsausgaben des Regelsatzes reichen für eine umfassende Teilhabe an der Gesellschaft aus, so bleiben, falls es mal nötig sein sollte, für zusätzliche „Hilfsdienstleistungen“ 26,50 Euro übrig. Kann der Kunden-Status nicht aufrechterhalten werden, bzw. werden weitere Hilfen benötigt, so bleibt Eingliederungshilfe oftmals nicht aus. Diesbezüglich wäre gesellschaftliche Teilhabe für diejenigen, die es sich aufgrund des Angewiesenseins auf soziale Transferleistungen nicht leisten können, nur mit zusätzlicher Hilfe möglich. Will der Betroffene diese Hilfe wahrnehmen bzw. behalten, so muss er seinen Anspruch, seine Bedürftigkeit nachweisen. Das Entwickeln bzw. Aufrechterhalten von psychischen Leiden kann in diesem Kontext als eine Strategie fungieren,

Eingliederungshilfen o. ä. wahrnehmen zu können. Das heißt, Leiden werden vom Betroffenen in Kauf genommen, um teilnehmen zu können oder um überhaupt die eigene Existenz zu sichern (z.B. Erwerbsunfähigkeitsrente), was ohne zusätzliche Hilfe vielleicht nicht möglich wäre.

Neben der Neuregelung der Regelsätze kommt die Sanierung des Bundeshaushaltes hinzu, was weitere Einschnitte im Sozialbereich vorausahnen lässt. Im Bundeshaushalt sollen bis 2014 rund 80 Milliarden Euro eingespart werden.

So sollen in Zukunft das Elterngeld und das Rentenversicherungsbeitragsgesetz für Empfänger von Leistungen nach dem SGB II sowie der Heizkostenzuschuss für Wohngeldbezieher gestrichen werden. Des Weiteren ist angedacht sozialgesetzliche Pflichtleistungen in Ermessensleistungen umzuwandeln. Ebenfalls soll der Überbrückungszuschlag abgeschafft werden, der bisher den Übergang von Arbeitslosengeld I zu Arbeitslosengeld II puffert. Auch Arbeitsmarktprogramme und Personalkosten im Harz-IV-System sollen im nächsten Jahr um 500 Millionen Euro zurückgefahren werden (Tagesschau 2010).

Hier werden gezielt (heutige) Rechtsansprüche reduziert und die soziale Ungleichheit vorangetrieben. Mit einem Sozialstaat, der Wert darauf legt, das Notleidende am Leben der Gesellschaft teilnehmen können und der es ermöglicht, eine menschenwürdige Existenz zu sichern (§ 9 SGB I), hat es m. E. nichts mehr zu tun.

Zum Vergleich: fünf Milliarden Euro sollen im Bereich der Wirtschaft zusätzlich eingenommen werden (Brennelementesteuer, Luftverkehrsabgabe), die wahrscheinlich ihre „Verluste“ auf den Endverbraucher umlegen werden. Im Verwaltungsbereich sollen 2,3 Milliarden Euro eingespart werden (z.B. durch streichen von mehr als 10.000 Stellen bis 2014 oder dem Wegfall der Weihnachtsgelderhöhung für Beamte). Die Streitkräftereform ist noch so unsicher, dass Einsparungen frühestens 2013 zu erwarten sein werden und auch der Bankensektor wird wahrscheinlich frühestens 2012 herangezogen werden (Maurus 2010). Es entsteht der Eindruck, dass das Sparpaket nur vorgeschoben wird, um die weitere Schrumpfung im Sozialbereich zu kaschieren.

Inklusive / partizipative Praxis sieht anders aus. Sie sollte vielmehr gesellschaftlich „Enthindern“ indem sie sich gegen soziale Abwertung und Ausgrenzung und für Chancengleichheit und den Abbau von Zugangsbarrieren engagiert (Lob-Hüdepohl 2010). Führt man sich den oben genannten Behinderungsbegriff noch einmal vor Augen, indem es heißt,

dass Behinderung nicht die Eigenschaft einer Person meint, sondern das Resultat der Auswirkung auf die gesellschaftliche Teilhabe beschreibt, so wird klar, dass die soziale Sicherung in diesem Punkt „behindernd“ wirkt, indem sie Teilhabe erschwert.

Zudem besteht die Gefahr einer neoliberalen Gesellschaftsordnung darin, denjenigen Menschen das Recht auf Teilhabe (und somit das Recht auf ein menschenwürdiges Leben) abzuerkennen, die nicht über die geeigneten Kompetenzen verfügen, es geltend machen zu können. Kompetenzen, die neben kognitiven auch materielle, soziale und andere Ressourcen darstellen. Immanuel Kant beispielsweise bindet Menschenrechtsansprüche wie Würde, an die Fähigkeit des Einzelnen zu Freiheit, Verantwortung, Selbst- und Fremdachtung (Lob-Hüdepol 2010). Eine Parallele zum neoliberalen Sozialstaates ist hier durchaus gegeben. Denn Diejenigen, die zu dieser Form von Autonomie fähig sind (Kunden), sind in der Lage über Hilfsdienstleistungen Teilhabe einzukaufen. Denjenigen, dem es nicht gelingt (Klienten), bleibt die Teilhabe verwehrt oder zumindest bleibt der Zugang erschwert.

Das wettbewerbsfähige Soziale

Der medizinisch-technische Fortschritt, der demographische Wandel, Konjunkturschwankungen, Arbeitslosigkeit, die steigende Zahl prekärer Arbeitsverhältnisse, Dauerpraktikanten und vieles mehr, stehen gestiegene und steigende Kosten bei gleichzeitiger Verknappung (öffentlicher) finanzieller Ressourcen gegenüber. Logische Schlussfolgerung: wo Ressourcen knapp sind und werden, entbrennt ein Kampf um deren Anspruch und Verteilung. Marktmechanismen kommen zum Tragen, die nach Dörner, den Wandel vom Sozialstaat in eine Sozialwirtschaft beschreiben. *„In einer Zuspitzung dieses Prozesses treten gegenwärtig gegenüber einer Orientierung am Wohl des Individuums gesamtgesellschaftliche Überlegungen in den Vordergrund“* (Dederich 2005). Ökonomische Gesichtspunkte sind vorrangig geworden. Um den Kampf um die knappen Ressourcen zu gewinnen, ist man gezwungen sich dem Marktmechanismus zu beugen. Sei es, dass man effizienter ist, einen Nischenmarkt abdeckt oder neue Kunden bzw. Zielgruppen gewinnt. Indem neue behandlungs- oder rehabilitationsbedürftige Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Auffälligkeiten generiert werden, ist es möglich die Nachfrage danach künstlich zu erzeugen (Dederich 2005).

Die Vermarktlichung Sozialer Arbeit wirkt sich „[...] auf das konkrete pädagogische,

therapeutische oder pflegerische Geschehen selbst aus und kann zu quantitativen und qualitativen Veränderungen von Beziehungs-, Interaktions- und Kommunikationsprozessen führen [...]“ (Dederich 2005). So beschreibt Thomas Erlach, Mitinitiator der Linzer Initiative, dass aufgrund der durch den Geldgeber definierten quantitativen Grenzen, das Betreuungs- und Hilfeangebote nicht mehr mit den ursprünglich entwickelten Angeboten übereinstimmt.

„Betroffene kommen aufgrund zeitlicher und personeller Knappheit auf Wartelisten oder werden direkt an psychiatrische Krankenhäuser vermittelt. Immer öfter geschieht es, dass Menschen in ihren Krisen nicht weiter betreut werden können, da die Angebote jetzt streng überprüfte Grenzen haben. Zum Beispiel weil ein bestimmtes Zeitkontingent ausgeschöpft ist und schon der nächste betroffene Mensch in der Warteschlange steht. Ein Mehr an Unterstützung wird vom Geldgeber nicht finanziert. So sehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Situation, Menschen abweisen oder langjährige Klienten in die Psychiatrie schicken zu müssen, wo früher noch Betreuungsspielräume vorhanden waren“ (Erlach 2009).

Die engen Grenzen die durch Einführung neuer Qualitätssicherungsinstrumente, Dokumentationspflichten, Leitlinien oder patientenstandardisierende Methoden in Form von Fallpauschalen oder Disease-Management-Programmen aufgezeigt werden. Alles Kostendämpfungs- und Effizienzbestrebungen, die nach Dörner, zu exzessiver bürokratischer Fremdkontrolle professionell Helfender führen. Die Ausrichtung, in Sachen gesteigerter Effizienz und Konkurrenzfähigkeit, lässt den Blick bzw. den Schwerpunkt von Qualität in der Helfer-Betroffener-Beziehung in den Hintergrund treten (Dederich 2005). Ein tragfähiges Engagement kann von professionellen Mitarbeitern kaum erwartet werden, wenn sie sich ohne Einflussmöglichkeit erleben, denn ein hilfloser Helfer wird kaum zu einer adäquaten Begleitung Betroffener fähig sein (Soltau Initiative 2004).

Der Prozesscharakter, der die soziale Qualität im Sinne der Beziehungsarbeit beschreibt, scheint in der industriell ausgerichteten Sozialwirtschaft, der Ergebnisorientierung zu weichen. Wobei die Ergebnisorientierung, entsprechend von immer mehr Leistung mit immer weniger Ressourceneinsatz (Zeit, Geld) einem anderen Qualitätsbegriff folgt (Erlach 2009). Innerhalb der Hierarchie in der Sozialen Arbeit ändert sich folglich das Verständnis von Qualität auf dem Wege vom Entscheidungsträger (Leistungsträger) zur ausführenden Kraft.

Es handelt sich bei der Beziehungsarbeit jedoch nicht um eine marktkompatible ökonomische Größe (allein auf der Grundlage einer fehlenden Messbarkeit oder Normierung)

(Dederich 2005). In Abhängigkeit vom Geldgeber bzw. zur Sicherung des eigenen Arbeitsplatzes sind professionelle Helfer in ihrer Handlungsfähigkeit oftmals eingeschränkt, wenn es um die Umsetzung qualitativer Arbeit geht. Das Bedienen wirtschaftlich rentierlicher Zielgruppen und der aufkommende Warencharakter Sozialer Arbeit entfernt sich vom Menschen als Individuum, von einer Existenz und führt zu einer Ökonomisierung des Lebenswertes an sich (Dederich 2005). Zufriedenheit, Ausgeglichenheit usw. werden zu Produkten. Bleibt letztlich die Frage zu klären, wer sie am günstigsten anbietet.

Konkurrenz belebt bekanntlich das Geschäft, zerstört in diesem Zusammenhang aber die Professionalität Sozialer Arbeit. Auch wird durch den Konkurrenzgedanken die Zusammenarbeit unter Kollegialeinrichtungen erschwert, wenn nicht sogar völlig verhindert. Die Soltauer Initiative befürchtet ein bewusstes Steuern bzw. Fördern des Wettbewerbes durch die Politik, mit der Intention der Marktberreinigung, und sieht hier Handlungsbedarf (Soltauer Initiative 2004).

3.4 Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie

Als produktiven Impuls wird, durch den Ökonomisierungsprozess im Sozialen, die Wohlfahrtsindustrie zu mehr Transparenz gezwungen. Aus der historischen Entwicklung heraus haben sich in Wohlfahrtsverbänden strukturell-organisatorische Eigendynamiken herausgebildet, die oftmals monopolistische, bürokratisch schwerfällige und unflexible Züge annehmen. In der dadurch gewachsenen Intransparenz kann unwirtschaftliches Verhalten kaum erkannt, geschweige denn sanktioniert werden. Unwirtschaftliches Verhalten, was dadurch entstehen kann, dass an den Aufträgen bzw. Bedarfen Betroffener vorbei gearbeitet wird (Dederich 2005). Udo Wilken spricht hier vom Verlust der Selbstevidenz Sozialer Arbeit. Die Intransparenz rührt unter anderem daher, dass in dem häufig fachlich und sozial anzutreffenden „overpromissing“ postuliert wird, „*das alles getan wird, ohne zu verdeutlichen wie, mit wem und auf welche Weise dies erfolgt*“ (Wilken 2000). Dadurch kommt auf Seiten der Kostenträger (öffentlicher, privater) Misstrauen auf, Vorwürfe des Missmanagements werden laut. Wilken sieht hier den Mangel an Effektivitäts- und Effizienzbemühungen und -interesses von Seiten der Wohlfahrtsverbände auch als Ursache. Die Frage der Qualität und deren Sicherung ist auch Teil der Imagepflege, wobei sich in deren Beantwortung ein Konsens aus Leistungsträger- und Leistungserbringer-Sicht zum Wohle des Leistungsempfängers einstellen sollte.

„Aufgrund der problematisierten Struktur- und Funktionsadäquanz (als Ursache) sowie einer multifaktoriellen finanziellen Ressourcenknappheit (als Anlass) kommt es nun in pragmatischer Hinsicht bei der Erbringung Sozialer Arbeit zu einem ordnungspolitisch forcierten Umbau des Sozialstaates nach der Vorgabe ‚Mehr Markt – weniger Staat‘“ (Wilken 2000). Demnach besteht, neben einer effektiveren Strukturierung Sozialer Arbeit, sowie durch die Nachfrage- und Kunden-Orientierte Ausrichtung, auch die Chance auf „mehr Menschlichkeit durch Ökonomie“ (Wilken 2000).

3.4.1 Die Verpflichtung der Berufsgruppe im Konflikt mit den Dienstgebern

Im Rahmen zunehmender Rationalisierungszwänge ist es leicht vorstellbar, dass es zu Diskrepanzen betreffend bestehender Berufsnormen Sozialer Arbeit und den betriebswirtschaftlichen Vorstellungen (auch) des Arbeitgebers kommt. Marktwirtschaftliche Zielsetzungen verfolgen in erster Linie die Ausdehnung der Marktbeherrschung. Dementsprechend können durch die ökonomischen Erfolgsmaßstäbe in Leitungspositionen, bürokratische und zur sozialarbeiterischen Basis fachfremde Qualitäten von größerem Belang sein. Die Profession Sozialer Arbeit rechtfertigt *„ihr Tun und ihren Anspruch auf eigendefinierte Situationsanalysen und Vorgehensweisen aufgrund ihres Wissens und Könnens sowie den Problemdefinitionen ihrer Klientel. Ihr primäres Ziel ist die Lösung praktischer [...] sozialer Probleme von Individuen, Familien und größeren sozialen Systemen. Ihr Erfolg bemisst sich an der erreichten Problemlösung und darüber sind sie primär gegenüber ihrer Klientel, aber auch ihrem Träger rechenschaftspflichtig. Klienten- bzw. Bedürfnisorientierung ist nicht Mittel, sondern professionsethisch gebotenes Ziel. Sie versuchen unter Beachtung des Wissens- und Machtgefälles soweit wie möglich eine Vertrauens- und Partizipationsbeziehung zur Klientel herzustellen“* (Staub-Bernasconi 2000). Im Vergleich dazu legitimiert die betriebswirtschaftliche Profession *„ihr Tun auf dem Hintergrund der institutionalisierten Hierarchie und organisationellen Funktion, [...]. Ihr primäres Ziel ist organisationelle Effizienz im Sinne des verhältnismäßigen Einsatzes von Ressourcen – gemessen am Gewinn, der Einsparung von Kosten, kurz an einem klar definierten Mehrwert für die Organisation. [...] Sie vertreten nicht primär Individuen, sondern stehen im Dienste des Unternehmens und nicht etwa des Gemeinwohls. [...] Kunden- bzw. Bedürfnisorientierung ist Mittel/Instrument und nicht Ziel des Managertums“* (Staub-Bernasconi 2000).

Staub-Bernasconi stellt in folgender Übersicht einige Merkmale gegenüber, weist aber auch darauf hin, dass es neben der polarisierten Darstellung durchaus auch Mischformen gibt. Ziel dieser Gegenüberstellung ist die Verdeutlichung der eklatant werdenden Einschränkung der Autonomie Sozialer Arbeit durch den sich etablierenden Bewertungsmaßstab von Effizienz und Flexibilisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen. In diesem Zusammenhang besteht die Möglichkeit, dass sich eine neue Fachlichkeit des Sozialen herausbildet, die sich von der oben beschriebenen Profession Sozialer Arbeit weg und in Richtung der Profession der Betriebswirtschaft entwickelt. Die Frage, ob die Effizienzorientierung über die (soziale) Gerechtigkeitsorientierung zu stellen sei, bzw., ob die Loyalität zur Organisation des Sozialwesens über die Loyalität zum Klienten gestellt werden soll, wird entscheidend, wenn es letztlich um die Auslegung des Qualitätsbegriffes kommt. Bildet sich tatsächlich eine neue sozialarbeiterische Fachlichkeit heraus, könnte es zu einem berufsethisch nicht unproblematischen Wandel der Professionalität Sozialer Arbeit kommen.

Merkmal	Profession Soziale Arbeit	Profession Management
Legitimationsbasis	Wissenschaftlich begründete Autorität / Expertise / professionelle Kompetenz und Autorität	Gesetzliche Grundlagen oder /und von der Hierarchiespitze sanktionierte bzw. abgeleitete, funktionale Autorität
Ziele	Milderung, Verhinderung, (Teil)Lösung von Problemen; Hilfe – Ermächtigung zur Unabhängigkeit	Gewinn, möglichst großer Marktanteil, Effizienz; Ausbau und Stärkung der Kundenbindung
AdressatInnen	Aus den unteren Schichten; teilweise zahlungswillig, evtl. zahlungsunwillig	Aus allen Schichten / Klassen, sozio-kulturellen Kontexten; Zahlungsfähige und zahlungswillige Kunden
Kontrollformen	Auf Vertrauens- und Partizipationsbasis sowie über die partielle Abhängigkeit vom überprüften Wissen des Professionellen	Auf der Basis von Regeln zweckbezogener Informationsverarbeitung sowie über innere und/oder äußere Anpassung des Verhaltens an die vorgegebenen Ziele (vgl. oben)
Wichtigste Bezugsgruppe	Mitglieder der Profession und professionelle Assoziationen Klientel/ Repräsentant-Innen des Gemeinwohls	Organisatorische bzw. bürokratische Vorgesetzte
Qualitätskontrolle	Durch Selbstregulierung und -evaluation; durch externe Berater aus dem professionellen Umkreis	Hierarchisch – meist durch Fachfremde (Verwaltungsrat, Personalrat, PersonalchefInnen, Betriebswirtschaftler, evtl. Politiker)

(Staub-Bernasconi 2000 mit Verweis auf: Exworthy, Mark; Halford, Susan (Eds.).
Professionals and the New Managerialism in the Public sector. Buckingham / Philadelphia.
1999.)

In Anbetracht des wirtschaftlichen Ziels der Kundenbindung ist der Gedanke der Chronifizierung, überspitzt formuliert, ganz im Sinne (ungezügelt) marktwirtschaftlich ausgerichteter Dienstleistungserbringer im Sozialbereich. Allerdings dürften bei den AdressatInnen jene herausfallen, die bei der Berücksichtigung von Vermögen und Einkommen (auch der näheren Angehörigen), aus der Sozialhilfe herausfallen und es sich dennoch nicht leisten können, Hilfe einzukaufen. Die Hilfebedürftigen, die sich tatsächlich aus materiellen Gründen nicht selbst helfen können, sind nach diesem Prinzip auf sich allein gestellt, da sie wegen mangelnder Konsumenteneigenschaften nicht zur Zielgruppe gehören würden. Es würden auch jene herausfallen, die zu betreuungsintensiv sind und im Sinne eines effektiven Ressourceneinsatzes von Unternehmerseite mit ihrem Störungsbild das Dienstleistungsangebot sprengen würden.

Eine derartige Praxis wäre auf Krankheitsbewahrung ausgerichtet. Die vorherrschende Organisationsform schließt dann eine Vermeidung von Chronizität aus. Klienten (bzw. dann Kunden) müssten als Klienten gehalten werden. Es wäre vom Konsumgedanken ausgehend nicht ratsam, wenn die Klienten ihr Selbstbild, ihre Identität als Kranker aufgeben würden.

Wolfgang Klug, Professor auf dem Gebiet des Sozialwesens, wirft dabei folgende Fragen auf. Er bezieht sich in diesem Fall auf ein Zitat in dem es darum geht, dass Angebote unter Ökonomie- und Effizienzbetrachtungen reduziert werden und dadurch die Möglichkeiten Hilfe zu gewährleisten sinken. Bei gleichzeitig steigenden Zahlen derjenigen, die Hilfe real benötigen:

„Kann der Punkt erreicht werden, an dem die Anforderungen an Hilfe einerseits und die faktische Möglichkeit der Hilfestellung andererseits nicht mehr in Einklang zu bringen sind? Haben in solchen Fällen die ethischen Standards Vorrang vor den Anweisungen des Arbeitgebers, werden Verstöße selbst dann von der Berufsgruppe sanktioniert, wenn die Sozialarbeiterin bei der Einhaltung der Berufsnormen gegen Dienstanweisungen verstoßen würde? Wird von ihr prinzipiell verlangt, dass sie ihren Arbeitsplatz, möglicherweise ihre Existenzgrundlage verliert?“ (Klug 2000).

Klug bemängelt, dass sich der Deutsche Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH) weitestgehend aus dem ethischen Konflikt raushält. Der DBSH weist zwar auf den bestehenden Konflikt hin, der sich aus der „Aushöhlung“ fachlicher Standards in den Zeiten der Einsparung ergibt, lässt aber in den selbst aufgestellten ethischen Richtlinien die nötige Präzision fehlen. Dort heißt es unter der Überschrift „Verhalten gegenüber Arbeitgeber/innen und Organisationen“:

- 6.2 *„Die Mitglieder des DBSH überprüfen vor Abschluss eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses, ob der/die Arbeitgeber/in die Voraussetzungen zur Verwirklichung ihrer spezifischen Fachlichkeit bietet oder diese in einem angemessenen Zeitraum zu schaffen bereit ist. Nur in Ausnahmefällen gehen sie ein Arbeits- bzw. Dienstverhältnis ein, das diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Sie haben das Recht und die Pflicht, den/die Arbeitgeber/in schriftlich über schwerwiegende Mängel oder Überforderungen zu informieren.“* (DBSH 1997)

Die Berufsethischen Prinzipien des DBSH stellen eine nationale Konkretisierung der international gültigen „Ethischen Grundlagen der Sozialarbeit – Prinzipien und Standards“ der International Federation of Social Workers (IFSW) dar. Darin heißt es unter beruflichem Verhalten:

6. *„Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, notwendige Schritte zu unternehmen, um am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft beruflich und privat für sich Sorge zu tragen, um sicherzustellen, dass sie angemessene Dienstleistungen erbringen können.“*
8. *„Sozialarbeiter/innen müssen anerkennen, dass sie den Nutzern der Dienste verantwortlich sind für ihr Handeln, ebenso ihrem Anstellungsträger, der Berufsorganisation und dem Gesetz und dass diese Verantwortlichkeiten sich widersprechen können.“* (IFSW 2004)

Die IFSW-Formulierung macht zwar explizit auf den ethischen Konflikt aufmerksam, von einer nationalen Konkretisierung durch den DBSH kann in der Form allerdings nicht die Rede sein. „Allgemeine und unbedingte Orientierung“ findet bzw. „erfährt das Handeln“ laut Aussage des DBSH „in der Würde der Person“ (DBSH 1997).

Die ethische Debatte ist so nicht aufzulösen. Hier fehlt es an einer klaren Richtlinie, an der sich SozialarbeiterInnen orientieren können. Klug zieht hier den Vergleich zu den medizinischen Berufen, die in Form des hippokratischen Eides relativ klare ethische Maßstäbe besitzen, auch wenn er keine Rechtsgültigkeit inne hat. Sich widersprechende Verpflichtungen werden so einer klaren prioritären Wertung unterstellt, die das praktische Handeln vereinfacht (Klug 2000). Klug plädiert, in Anbetracht des bestehenden ökonomischen Denkens, für eine festgeschriebene Berufsethik, die die Verhältnisse zwischen Nutzer, Arbeitgeber, Gesellschaft und BerufskollegInnen berücksichtigt. Eine so geschaffene Binde- und Identitätswirkung für die Soziale Arbeit kann davor bewahren, dass Soziale Arbeit einerseits zu einer naiven Wirtschaftskritik oder andererseits in unreflektierte Wirtschaftsgläubigkeit verfällt (Klug 2000).

3.4.2 Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft

Laut der „Ausgangslage“ der Berufsethischen Prinzipien des DBSH besteht der gesellschaftlich überantwortete Auftrag an die Soziale Arbeit darin, innerhalb struktureller, rechtlicher, und materieller Grenzen soziale Probleme „zu entdecken, sie mit ihren Ursachen und Bedingungen zu veröffentlichen und einer Lösung zuzuführen [...]. In der Solidarität und der strukturellen Gerechtigkeit verpflichten sie sich (die Mitglieder des DBSH) auf Werte, die die Einbindung der Person in die Gesellschaft und ihren Schutz in der Gesellschaft sichern“ (DBSH 1997).

Das Ziel, für soziale Gerechtigkeit zu kämpfen, wird an diesem Punkt deutlich. Die Ambivalenz des ethischen Konfliktes, im Sinne der Prioritätenfrage gegenüber Nutzer, Arbeitgeber, Berufsethos usw., wird auch in der Existenzberechtigung der Sozialen Arbeit selbst sichtbar. Der Philosoph und Publizist Roger Willemsen beschreibt die Ambivalenz mit folgenden Worten:

„In der Armut wird das Selbstbild der Gesellschaft gekränkt und bestätigt: gekränkt, weil sie ihre idealen Bilder ohne Rückstände produzieren möchte, bestätigt, weil sie diese Armut ja selbst herstellt, die Produktion von Armut genau so forciert wie ihr Pendant, den Wohlstand.

In dieser Kultur, und das heißt auch in den Beziehungen der Menschen untereinander, hat sich der Wert der Verkäuflichkeit und Käuflichkeit derartig verselbstständigt, dass Menschen schon degradiert werden, weil sie nicht am Warenverkehr teilnehmen können und wollen.“ (Willemsen 2010).

Bezogen auf die Soziale Arbeit heißt das, dass sie von dem profitiert, was sie zu bekämpfen sucht. Je größer also die soziale Not, desto umfangreicher gestaltet sich das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Im Umkehrschluss heißt das aber auch, dass sie ihre Existenzberechtigung verlieren würde, wenn die soziale Not überwunden wäre. Das heißt, das Wohlfahrtswesen ist, auch aus Gründen der eigenen Existenzsicherung, maßgeblich an der Schaffung seiner Klientel, im Sinne der Selbstlegitimation, beteiligt. Die Schaffung des „Kunden-Begriffes“ spielt m. E. da mit rein. Die Frage ist nur, für wen dieser Begriff gedacht ist. Der Betroffene selbst hat von der Kaufkraft-Suggestion wohl am wenigsten. Vielmehr impliziert der Begriff einen Marktwert, den Wohlfahrtsverbände abrufen können. Diese Darstellung soll verdeutlichen, dass es keine Alleinschuld von Ökonomie oder Gesellschaft o. a. gibt. Als ursächlich wäre vielleicht die Gesamtheit des gesellschaftlichen

Funktionszusammenhanges anführbar, allerdings auch unter globaler Betrachtung, das heißt, unter Berücksichtigung vernetzter Nationen.

Mit anderen Worten, Soziale Arbeit kann sich der Ökonomie nicht entziehen. Damit erweitert sich die Aufgabe, neben dem Kampf um Soziale Gerechtigkeit, dem Aufdecken von Deregulierungsmechanismen u. ä., um die Entwicklung *„gemeinwesenbezogener Einmischungsstrategien, um die politischen und wirtschaftlichen Bedingungen so zu gestalten, dass sie auch den schwächeren Menschen in unserer Gesellschaft gerecht werden“* (Klug 2000).

Im Zuge der immer stärker werdenden gesellschaftlichen, wirtschaftlichen Vernetzungen, bis in den globalen Bereich hinein, wachsen auch die Abhängigkeiten. Solidarität ist und wird eine Grundvoraussetzung für das sichere Bestehen des Netzes. Klug stellt dazu verschiedene empirische Thesen vor:

- *„Solidarität ist möglich. Die Bereitschaft zum solidarischen Handeln ist empirisch nachweisbar, 85 % der in der Studie Befragten sagen ‚Teilen‘ sei die wichtigste Tugend der Zukunft. Allerdings ist ein deutliches Gefälle feststellbar: es gibt einen hohen Altruismus im ‚nahen‘ Lebenskreis, in der Familie, der Nachbarschaft, der überschaubaren Wohnumgebung bis hin zur sehr geringen Bereitschaft, den fremden, fernen Gemeinschaften gegenüber (Ausländer, 3.Welt) (Zulehner u.a. 1997).*
- *Angst ent-solidarisiert. Verschärfte Verteilungskämpfe, soziale Desintegration, geschürte Ängste vermindern den Solidaritätsvorrat und verstärken das Gefühl, in die Enge getrieben zu sein, aus der es nur noch den Kampf um das eigene Überleben gibt (Zulehner u.a. 1997). Paul Zulehner spricht davon, dass Solidarität von den meisten Menschen gewünscht wird, dass sie aber – insbesondere im politischen Kontext – nicht für möglich gehalten wird. [...]*
- *Eine dritte empirische Beobachtung machen Hondrich und Koch-Arzberger im Zusammenhang mit der Arbeiterbewegung: In modernen Industriegesellschaften gewinnt Solidarität an Reichweite, das heißt mehr Menschen werden in die Solidarität eingeschlossen, gleichzeitig verliert sie aber an ‚alten Gefühlsgründe(n) die sich mehr und mehr in Interessenkalküle verwandeln‘ (Hondrich, Koch-Arzberger 1992)“* (Klug 2000)

Deutlich wird, dass es mit 85 % genug solidarisches Potential in der Allgemeinbevölkerung gibt, und dass, durch die Entfernung vom nahen Lebenskreis, mehr die Interessenkal-

küle des Einzelnen angesprochen werden müssen um diese Solidarität zu erzeugen, gemäß dem oben genannten Zitat von Adam Smith. Jedoch beschreibt Zulehner das Angst, Verteilungskämpfe, soziale Desintegration, sprich eine Bedrohung im weitesten Sinne, das Solidaritätsbewusstsein aushebelt und vermehrt das eigene Selbst in den Mittelpunkt stellt. So wird auch der neoliberale Gedanke verständlich, entsprechend eines laut werdenden Rufes nach der versicherungsmathematischen Gerechtigkeit. In diesem Zusammenhang deuten die oben genannten, von Heitmeyer veröffentlichten, Untersuchungsergebnisse auch darauf hin, dass die Personen die sich gegen eine Unterstützung benachteiligter Gruppen ausgesprochen haben, in irgendeiner Form verängstigt sein können.

Klug weist auf ein weiteres Risiko hin. In Bezug auf die wachsende Armut wird verständlich, dass von Menschen in Armut oder drohender Armut (ein Abrutschen von der Mittelschicht in die Unterschicht kann zu Existenzängsten, „Zukunftsängsten“ o. ä. führen) keine Solidarität erwartet werden kann, *„ohne dass die Rest-Gesellschaft mit ihnen solidarisch ist. Vielmehr entsolidarisieren die Ängste um knapper werdende Mittel und dies führt zu einer politischen Radikalisierung“* (Klug 2000).

Dieser Radikalisierungsprozess, in welcher Ausrichtung auch immer, würde eine Zementierung von Subgruppen bedeuten. Rehabilitative, integrative Maßnahmen müssen daran scheitern, wenn geschürte Ängste (Vorurteile o. ä.) bzw. die allgemeine Bedrohung durch Armut in der Allgemeinbevölkerung Betroffenen das Annehmen anderer Selbstbilder verwehren.

Der schwindende Glaube an den Sozialstaat ist also nicht allein an dessen Finanzierung gekoppelt, sondern fällt auch der sich aufbauenden Bugwelle der Angst zum Opfer. Die Soziale Arbeit muss demnach auch dafür Sorge tragen, den Solidaritätsbedarf nicht nur zu bedienen, sondern auch zu wecken. Wirtschaftliche Ökonomie hat somit starken Einfluss auf die Bereitstellung von Solidarität, sprich, auf die Ökonomie der Solidarität.

Es bleibt festzustellen, dass es eine Gesellschaft als, wie auch immer definierte, Einheit nicht gibt. Die Summe aus Sub- und Funktionssystemen macht das Kollektiv verantwortlich und unverantwortlich zugleich, denn wenn alle verantwortlich sind kann es einen einzelnen Schuldigen nicht geben. Das heißt, dass der Exkludierte nicht automatisch selber die Schuld trägt. Sind die Mechanismen die zur Exklusion beigetragen haben, dem Wirkungskreis des Betroffenen gar nicht zugänglich, kann er wohl kaum dafür verantwortlich sein. Dass er jedoch dafür Verantwortlich gemacht wird, z.B. durch mangelnde Risikoabsicherung, ist auch am Begriffswandel hin zum Kunden sichtbar.

Allerdings ist der Status eines Betroffenen nicht allein durch einen neuen Namen rehabilitierbar. Sicher ist jedoch, dass es in die Kommunikation und in die Einstellungen hinein wirkt, die die Menschen voneinander haben oder die sie antizipieren o.ä.. Weitere sprachliche Raffinessen werden eingesetzt, um Haushaltskürzungen, die Verknappung von Zeit, Qualität oder anderes zu umschreiben bzw. zu verharmlosen. Die vielfältigen Verknappungen führen dazu, dass nicht nur der Wohlfahrtsbereich, sondern auch die einzelne Existenz vermarktwirtschaftlicht wird. Dabei rutscht der Betroffene, mit seinen Nöten und Wünschen, auf die hinteren Plätze der Prioritätenliste. In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, drohender Wirtschaftskrisen und Lohndumping kann sich der soziale Sektor wohl nicht über einen Mangel an Nachfrage beklagen, jedoch über einen Mangel an Solidarität, auch des eigenen Berufszweiges. Einen Mangel der sich aus Armut nährt und einer auch politisch geschürten Angst (denn auch Sicherheit ist eine Ware).

Im Folgenden soll es um die Eigenverantwortung gehen, und zwar nicht nach dem neoliberalen Modell, wo es um Risikomanagement geht, sondern um Eigenverantwortung im Sinne der Selbstfähigkeit / Selbstbemächtigung. Empowerment bezieht sich hier auf den Machtbereich bzw. Wirkungskreis der dem Betroffenen zugänglich ist. Der Zugang zum eigenen Wirkungskreis ist dabei die eine Sache, die andere ist die Zeit, den eigenen Machtbereich zu entdecken und in ihm zu agieren.

Maßnahmen der Ökonomisierung stehen dabei dem Empowerment entgegen. Erfolgsdruck und damit zeitliche Begrenzung bzw. verhindern die Selbstentfaltung. Der Geldgeber drängt den professionell Helfenden zum Handeln, provoziert einen Aktivismus, der leicht fürsorglich werden kann. Dadurch besteht die Gefahr der Chronifizierung, indem der Betroffene in die passive Haltung gerät oder gedrängt wird (Erlach 2009).

„Eine [weitere] Besonderheit in diesem Zusammenhang ist, dass die Geldgeber die Ökonomisierung der Angebote unter dem Motto abhandeln, dass dadurch die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten eine maximale Ausprägung erfährt. Kundinnen und Kunden sind ja selbstbestimmte Menschen. Es wird also von den Geldgebern vorausgesetzt, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit der betroffenen Menschen voll ausgeprägt und nicht eingeschränkt ist.“ (Erlach 2009)

Das zeigt ein fatales Fehlverständnis von Empowerment, vielleicht beruhend auf der Gleichsetzung mit dem neoliberalen Verständnis von Eigenverantwortung.

Im nächsten Kapitel geht es um Empowerment, was es aus der Sicht Betroffener bedeutet, was sich hinter dem Modell verbirgt und wie es sich auf das Selbstbild auswirken kann, d.h. wie Empowerment gegen Chronifizierung genutzt werden kann.

4 Empowerment

Empowerment ist ein Begriff, der mittlerweile so populär eingesetzt und gebraucht wird, dass er durch den flexiblen rhetorischen Einsatz und der dadurch breit gefächerten Aussagen an dem Punkt angelangt ist, jegliche spezifische Bedeutung zu verlieren. Der „Übergebrauch“ lässt vergessen, dass es sich um ein eigenständiges Konzept handelt. Ein Konzept, dessen Ursprung in der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen, sowie der Befreiungsbewegung der Schwarzen zu finden ist. Es ging und geht um die Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Mit der Besinnung auf die eigenen Stärken und die Zurückgewinnung der eigenen Kräfte ist es möglich, sich für die eigenen Rechte einzusetzen.

In Analogie zur Psychiatrie (Antipsychiatriebewegung) geht es um die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf das eigene Leben. Das heißt, der Betroffene lernt seine verborgenen, verloren gegangenen Fähigkeiten (wieder) zu gebrauchen. Dabei handelt es sich um einen komplexen Prozess den sich der Betroffene selbst erarbeitet, der durch professionelle Arbeit zwar begleitet, aber nicht erzeugt werden kann (Knuf, Seibert, Wörishofer 2000).

4.1 eine Arbeitsdefinition

In erster Linie müssen Betroffene selbst definieren, was sie unter Selbstbefähigung, Selbstermächtigung verstehen. In Zusammenarbeit mit Betroffenen, Vertretern US-amerikanischer Selbsthilfeorganisationen (National Empowerment Center) und unter Leitung von Judi Chamberlin ist folgende Arbeitsdefinition entstanden.

1. Die Fähigkeit bzw. die Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu treffen („*having decision-making power*“).
2. Über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen – als Grundlage Entscheidungen überhaupt eigenständig und adäquat treffen zu können.
3. Über mehrere Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann.
4. Durchsetzungsfähigkeit – es nicht als Symptom, negativ wahrzunehmen, sondern als Ressource, als klaren Standpunkt des Individuums.

5. Das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewirken zu können – Hoffnung ist ein essentielles Element und birgt die Möglichkeit zukünftiger positiver Veränderung und Verbesserung.
6. Kritisch denken lernen, Konditionierung zu verlernen, und Dinge anders zu betrachten lernen – die Transformation der Fallgeschichte zurück zur Lebensgeschichte.
7. Wut erkennen und äußern lernen – der Ausdruck von Wut ist negativ besetzt (Dekompensation, Kontrollverlust), so dass Betroffene sich vor ihren eigenen Gefühlen fürchten bzw. diese überbewerten.
8. Sich nicht allein fühlen, zu fühlen, Teil einer Gruppe sein – Selbstbefähigung „passiert“ nicht dem Individuum allein, sondern ist Teil eines Gruppenprozesses.
9. Verstehen, dass ein jeder Menschenrechte hat.
10. Veränderungen im eigenen Leben, in der eigenen Umgebung bewirken – Selbstwirksamkeitserfahrungen wirken auch auf die Gruppe.
11. Fähigkeiten lernen, die der Betroffene als wichtig definiert und nicht der professionelle Helfer.
12. Die Wahrnehmung Anderer, bezüglich der eigenen Kompetenzen und Möglichkeiten, sensibilisieren – Vorurteile hinsichtlich psychisch Kranker abbauen
13. Coming out, mit Blick auf die eigenen Krankheit – das Annehmen der eigenen Identität.
14. Wachstum und Entwicklung enden nie und sind ein selbst gesteuerter Prozess – es gibt keinen finalen Punkt an dem die Selbstentwicklung endet.
15. Überwinden von Stigmatisierung und erarbeiten, verbessern des eigenen positiven Selbstbildes.

(Chamberlin 2010)

Diese Arbeitsdefinition ist das Ergebnis der Zusammenarbeit vieler. Jeder Betroffen entscheidet selbst, was ihn befähigt bzw. was ihn animiert, demnach können Schwerpunkte und Ausrichtungen variieren. Dennoch können die hier aufgeführten Punkte als Orientierung professionell Arbeitender herangezogen werden, auch wenn es sich weiter um eine offene Definition handelt.

Als Faktoren, die die Selbstbefähigung beeinflussen können, Selbstwirksamkeitserfahrung, Traumatisierungsprozesse und deren Verarbeitung, sowie das Gefühl der Kohärenz¹⁷

¹⁷ Das Kohärenzgefühl ist eine „allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und

genannt werden. Traumatisierungen und Erfahrungen der Hilflosigkeit münden nicht selten in Zuständen von Passivität, Rückzug und Ausweglosigkeit, was sich negativ auf die Krankheitsdynamik auswirkt und Chronifizierung begünstigen kann. Ausgelöst durch z.B. Psychosen, Krisen, Klinikeinweisungen (und unter Zwang mit der damit verbundenen Gewalt), Medikamentenwirkungen, Stigmatisierungen usw. leidet der Betroffene unter anderem unter Schlafstörungen, Interessenverlust, Konzentrationsstörungen, vermeidet Aktivitäten, da ihn die Ereignisse ständig beschäftigen. Verarbeitet werden kann dieses Trauma aber nur wenn es angesprochen wird, sprich wenn Raum dafür ist, bzw. wenn Außenstehende für dieses Thema sensibel sind (Knuf 2000).

Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit bzw. das Gefühl der Einflussnahme nähert sich dem Kohärenzgefühl nach Aaron Antonovsky an. Aus dem Modell der Salutogenese stammend, setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen. Das Gefühl von Verstehbarkeit (1) bezieht sich auf die Fähigkeit, Erwartung jedweden Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Information zu erfahren. Das Gefühl von Handhabbarkeit (2) beschreibt die Überzeugung eines Menschen, Schwierigkeiten durch eigene Ressourcen als lösbar wahrzunehmen. Das Gefühl von Sinnhaftigkeit (3), für Antonovsky das bedeutendste Element, meint das Leben als ganzes (auch mit Problemen) als sinnvoll zu empfinden und, dass das Leben es wert ist, etwas dafür zu investieren.

Damit die Faktoren begünstigend wirken können, bedarf es einer entsprechenden Haltung professionell und auch anderweitig Helfender. Die Haltungsziele lassen sich durch die Gedanken der Partizipation / Teilhabe und Ressourcenaktivierung zusammenfassen. Genauer geht es um Vertrauen in die Fähigkeiten des Einzelnen, auch unter Beachtung der „Eigenzeit“ des Klienten. Weiter ist eine nicht beurteilende Grundhaltung zweckmäßig, in der es unter anderem um die Akzeptanz fremder Lebensentwürfe / Lösungswege geht. Hinzu kommt, der für die Empowerment-Haltung vielleicht schwierigste Teil, die passive Aktivität. Das bedeutet, dass es der professionellen Zurückhaltung bedarf um Betroffene zu fördern, auch zu fordern, in dem er die Zeit hat, seine Fähigkeiten zu entdecken (Knuf 2000).

In der Essenz geht es beim Empowerment um die Überwindung des Stigmas „psychisch krank“, das gesellschaftliche und Selbst-Stigma betreffend. Vorurteile, „Fürsorge- und Schutzbestrebungen“, der Glaube der Unheilbarkeit (Endlosigkeit) einer psychischen Krankheit oder jedwede andere Fremddefinition wirken auf die Selbstdefinition der

überschaubar ist, und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ (Antonovsky 1987)

eigenen Person. *„Je mehr ich in einem sozialen Zusammenhang lebe, je mehr ich auf die Meinung meiner Umwelt achte, desto bedeutender werden die Meinungen der anderen über mich für meine eigene Identitätsbildung.“* (Seibert 2000).

4.2 Non-Compliance als Identitätsstabilisierung

„A famous comedian once said, 'I've been rich, and I've been poor, and believe me, rich is better.' Well, I've been a good patient, and I've been a bad patient, and believe me, being a good patient helps to get you out of the hospital, but being a bad patient helps to get you back to real life.“ (Chamberlin 2010)

Judi Chamberlin, selbst psychiatrie-erfahren und Aktivistin für die Rechte von Patienten, beschreibt den „Guten-Patienten“ als einen der „compliant“ (therapietreu) ist. Aus dem Englisch stammend, bedeutet „comply“ – einwilligen / befolgen, das heißt, der Patient tut das was ihm gesagt wird, macht keine Schwierigkeiten, aber auch keine Fortschritte in Richtung Genesung. Der „Gute-Patient“ ist oftmals einer, der die Hoffnung aufgegeben hat, sowie die eingeschränkte Sicht internalisiert hat, die das medizinische Personal über die Fähigkeiten und das Potential des Patienten hat (Chamberlin 2010).

Die so genannte „Compliance“ (Bereitschaft zur Zustimmung) führt, über die medizinische Diagnose, zur Übernahme eines negativen Selbstbildes, und schließlich zur Annahme der Patientenkarriere / Patientenidentität. Mit Zustimmung zur Patientenidentität ist der Betroffene von seiner Zukunft überzeugt und lebt von nun an die Rolle des psychisch Kranken mit allen dazugehörigen Vor- und Nachteilen (Seibert 2000).

Zugegeben, es handelt sich hier um eine Übertreibung, die aber den Akt der Ablehnung medizinischer o. ä. Diagnosen, im Sinne von Non-Compliance, als eine Maßnahme der Identitätsstabilisierung verstehen lässt.

Durch die Ablehnung versucht der Betroffene seine Identität vor der Negativ-Zuschreibung zu schützen. Die Heftigkeit ablehnender Verhaltensweisen werden leichter verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die psychische Erkrankung allein bereits die Identität in Frage stellt. Hinzu kommt jetzt, dass im Bereich der Psychiatrie die Tendenz besteht, die persönliche Identität zu destabilisieren (Seibert 2000). In dem Maße, in dem Betroffenen negative Prognosen vorgestellt werden (unheilbar, chronisch), Gefühlsäußerungen als Symptome betrachtet (z.B. Wut, Empörung), oder Informationen vorenthalten werden, in

dessen Folge als impulsiv oder inadäquate interpretierte Entscheidungen getroffen werden (o.ä.), in dem Maße finden Angriffe auf die Identität des Betroffenen statt. Ein Drängen in Richtung Krankheitseinsicht kommt hier einer Aufgabe / Zerstörung der bisherigen Identität gleich.

Die Bedeutung der Krankenrolle ist vielseitig, und soll an dieser Stelle exemplarisch, orientiert an Seibert, aufgezeigt werden:

- Ein Kranker muss nicht die Leistung erbringen wie ein Gesunder, darf sich zurückziehen, muss nicht zur Arbeit gehen.
- Ein Kranker kann leichter Hilfe annehmen.
- Die Krankheit selbst ist Grundlage verschiedenster medizinischer, rehabilitativer Kostenübernahmen.
- Ein Kranker kann Hilfe erwarten und begibt sich dafür in Abhängigkeit.
- Ein Kranker muss die Erwartungen erfüllen, die an seine Rolle gestellt werden. Er muss dankbar sein, leiden, darf sich nicht ohne schlechtes Gewissen gut fühlen.
- Ein Kranker muss mit der Hilfe, die er bekommt, zufrieden sein.
- Ein Kranker verzichtet auf ein anders lautendes Selbstbild.

In der Umkehr muss jemand, der sich nicht als krank sieht, die volle Leistung bringen, kann schwieriger Hilfe erwarten und annehmen, bleibt unabhängig von dieser, muss sie auch nicht gut finden, kann sich ohne schlechtes Gewissen gut fühlen und kann sich eines alternativen Selbstbildes bedienen (Seibert 2000).

Auch in diesem Fall handelt es sich um eine durchaus überzeichnete Darstellung, zeigt aber auch, was bei einer streng medizinischen Zuschreibung von Krankheit und Gesundheit mitschwingt.

Allerdings kann, sofern sie nicht identitätsgefährdend ist, die Zuschreibung der Krankenrolle auch eine Entlastung für den Betroffenen darstellen. Wenn also eine Krankheit für eine bestimmte Situation bzw. für bestimmte Ereignisse vom Betroffenen als Erklärung herangezogen werden kann, überwiegt die Entlastung. Wird aber die Krankheit mit Chronizität in Verbindung gebracht, droht die Zerstörung der Identität für die Zukunft, und das trotz gegenwärtiger Entlastung (Seibert 2000).

Der Psychologe Andreas Knuf stellt in diesem Zusammenhang eine Verbindung zum Trauerprozess her. Das Anerkennen von Krankheit und Einschränkung ist Voraussetzung für

den Prozess von Empowerment bzw. Genesung. Annehmen heißt hier, die Erkrankung als zu sich gehörig wahrzunehmen und als einen Teil der eigenen Persönlichkeit zu sehen. Das heißt, sich nicht für die Andersartigkeit (die Abweichung vom sog. Normalen) zu verurteilen. Dafür ist das Annehmen von Verlusten und die Trauer darüber der erste Schritt. Ist dies nicht möglich, bleiben die Betroffenen oftmals an der Vergangenheit bzw. an einer unrealistischen Vorstellung von sich selbst haften (z.B. Leistungen die vor der Erkrankung möglich waren können nicht mehr reproduziert werden), eine Entwicklung ist dann nicht möglich (Knuf 2006).

Willemsen beschreibt das Trauma als *„die Stelle, an der sich das Bewusstsein festhängt, als könne es nicht vor und zurück, sich nicht aus der Vergangenheit, nicht in die Zukunft lösen. »Ein Mensch, verärgert durch die Ratte, die er nicht erreichen kann«, schreibt Paul Valéry, »brennt sein ganzes Haus nieder.«*

Der unerreichbare Punkt und seine Zerstörungsenergie: Hilflös vor Anlass und Ursache, bleibt dem Mann allenfalls der Wunsch, Teil jener Kraft zu sein, die ihn verneint.“ (Willemsen 2010)

Das Trauma, als Schock, Erschütterung der Identität und die Trauer darum, liegt für Knuf in der Krankheitserfahrung, die damit verbundenen Einschränkungen und über das „ungelebte Leben“. Das ungeliebte Leben kann in der Nichterreichbarkeit der angestrebten Lebensplanung liegen. Der Krankheitsprozess verwehrt zum Beispiel die berufliche Karriere, die Familienplanung, die Selbstständigkeit o.ä. (Knuf 2006). Die bereits angesprochenen heftigen Emotionen, die beispielsweise im Zuge der Non-Compliance auftreten, stellen in diesem Zusammenhang eine Stufe des Trauerprozesses dar.

Die Phase der Ablehnung des Verlustes bzw. des „Nicht-wahrhaben-wollens“, die gekennzeichnet sein kann durch Gefühle der Leere und Empfindungslosigkeit, sowie der Nichtrealisierbarkeit der Geschehnisse, kann als Ausdruck eines Gefühlsschockes verstanden werden. Es ergeben sich hier Analogien zur Verdrängung, sollten aber nicht als solche missverstanden werden, und sind eher als eine Überwältigung von zu starken Gefühlen zu interpretieren. Diese starken Gefühle kommen in der nächsten Trauerphase, der Phase der Aufbrechenden Emotionen, an die Oberfläche. Der Abschnitt reicht im emotionalen Umfang von Wut, Aggression, Ohnmacht bis hin zu Angst, Schuldgefühlen oder auch der Suche nach einem Schuldigen für den erlebten Kummer. Es folgt die Phase der Auseinandersetzung, des Suchens und sich Trennens, in der es um die Entscheidung geht, an der Vergangenheit fest zu halten oder in eine neue Zukunft zu starten. Es geht um die Suche nach dem Verlorengegangenen (Erinnerungen, Fähigkeiten, Routinen usw.) und ums

Verhandeln (um den Sinn, um die Zukunft und Vergangenheit), Gefühle von Verzweiflung, innere Unruhe und Spannung können aufkommen. Schließlich geht es im letzten Schritt um die Annahme im Sinne eines neuen Selbst- und Weltbezug. Im Mittelpunkt steht das Wahrnehmen neuer Möglichkeiten und Perspektiven aus der neuen Situation heraus, welches auch mit euphorischen Gefühlen einhergehen kann (Specht-Tomann, Tropper 2001, Kast 1982).

Wie bereits beschrieben, stört ein Drängen in Richtung Krankheitseinsicht nicht nur den Trauerprozess, es kommt auch einer Gefährdung der Identität nahe. Die „Annahme“ kann ohne Schaden anzurichten nicht von außen erzwungen werden. Dafür ist das Verarbeiten der Situation, nicht nur in Form von Trauer, durch den Betroffenen selbst nötig. Das gewährleistet die Wahrung / Entwicklung seiner Identität und hält die Möglichkeit für Empowerment bereit. In diesem Kontext stellt Eigensinnigkeit, die häufig mit Non-Compliance in Verbindung gebracht wird, keinen Akt der Selbstschädigung dar, sondern ist ebenso als Schutzfunktion zu verstehen.

Überhaupt steht das Phänomen der Non-Compliance zu oft unhinterfragt im Raum bzw. bleibt die Betrachtung einseitig auf den Betroffenen beschränkt. Für gelingende oder auch misslingende Kooperation sind immer beide Seiten verantwortlich. Desweiteren steht nicht nur die Betrachtung der Beziehung zum professionellen Helfer zu selten im Blickpunkt. Auch der strukturelle Rahmen, die Begrenztheit des Hilfeangebotes usw., sollten bei einer Non-Compliance-Diskussion nicht unberücksichtigt bleiben. Die Erklärung pauschal in einer Erkrankung zu suchen ist zwar der einfachere Weg, greift in der Komplexität von Erkrankung, Kommunikation und Beziehung aber zu kurz (Bock 2006).

Anzumerken bleibt, dass es sich bei der Betrachtung von Compliance / Non-Compliance in Verbindung mit Empowerment in erster Linie nicht um eine spezielle Methodik handelt, sondern eher eine Grundhaltung in Form einer ressourcenorientierten Blickweise darstellt. Das heißt, die Empowermenthaltung bietet vielmehr eine Plattform, auf dessen Grundlage spezielle Methodiken (z.B. Gesprächsführungs und Fragetechniken) angesetzt werden können. Hinzu kommt, dass sich der Mangel an Handlungstechnik erschwerend auf die praktische Umsetzung auswirkt (Haselman 2008). Entgegen der bestehenden Problematik, den Begriff des Empowerment praktisch mit Leben zu füllen, findet in der Öffentlichkeit (z.B. durch den Geldgeber) eine gegenteilige Kommunikation statt. Es entsteht der Eindruck, dass der Anspruch der Selbstbemächtigung bereits durchgesetzt ist. Im wirtschaftlichen Wettstreit läuft, durch den falschen und inflationären Gebrauch dieses

Begriffes, der Empowerment-Gedanke Gefahr zu scheitern bevor er sich im eigentlichen Sinne richtig etablieren konnte (Erlach 2009).

4.3 Biografiearbeit

Neben einer Haltung im allgemeinen soll eine Methodik im speziellen nicht unerwähnt bleiben. Natürlich handelt es sich hierbei nicht um „die Patentlösung“. Es stellt eine Möglichkeit von vielen dar, sich dem Thema der Chronifizierung anzunehmen. Um den Umfang der Arbeit nicht zu sprengen, wird allerdings der Rahmen der Ausführung auf die theoretische Sichtweise reduziert. Es werden diesbezüglich keine Angaben zu speziellen Übungen gemacht. Als Überblick und Einstieg in die praktische Biografiearbeit empfehlen sich m.E. die Arbeiten die von den Herausgebern C. Hölzle und I. Jansen in *Ressourcenorientierte Biografiearbeit Grundlagen – Zielgruppen – kreative Methoden* zusammengefasst wurden.

Als Anlehnung an bzw. als einen Akt in Richtung Empowerment kann hier die Biografiearbeit angesehen werden, im Sinne einer Erarbeitung einer Alternative zur Patientenkarriere. Genauer besteht das Ziel der Biografiearbeit darin, *„subjektive Sinnstrukturen vor dem Hintergrund relevanter Kontexte systematisch als Verdichtungen und Relevanzstrukturen herauszuarbeiten und sichtbar zu machen. (...) Pädagogisch geleitete Biografiearbeit übernimmt in diesem Kontext die Aufgabe, ihre Klientel bei der ‚Verknotung‘ alltäglicher Biografie zu unterstützen, in dem sie orientiert am Alltag der BiografieträgerInnen ihr biografisches Gewordensein im Kontext und im Kontinuum der Lebensgeschichte thematisiert. Sie regt dazu an, Biografie aktiv-kreativ zu erleben als gestaltbaren Raum auch unter den Bedingungen schwieriger Lebenslagen und beschädigter Identität. Dabei ist jeder Ausdruck, jede reflexive Annäherung, jede Verknotung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auch als ein Mosaikstein zur Verlebendigung, zum lebendigen Spüren und damit auch zur Auflösung erstarrter Strukturen bzw. zur Prävention von Fixierung zu betrachten.“* (Jansen 2009)

Der Zweck besteht kurz gesagt darin, die eigene Biografie als etwas veränderbares, dynamisches zu begreifen, die Möglichkeit der selbstbestimmten Gestaltung und zukünftigen Gestaltbarkeit (wieder) in den Blick zu rücken.

Das Konzept der Biografiearbeit selbst ist neben verschiedenen Arbeitsschwerpunkten

(pädagogisch, pflegerisch, therapeutisch) bereits häufig im Rahmen unterschiedlichster Therapieformen (systemisch, lösungsorientiert, integrativ, psychodramatisch) eingelagert. Hinzu kommt, dass die Verfahrensvielfalt (Genogramm, Lebenspanorama, kreative /projektive Medien, Rollenspiel, Theater usw.) eine einheitliche Erfassung bzw. eine einheitliche Beschreibung erschwert, was die Kategorisierung als eine spezifische Methodik durchaus in Frage stellt (Jansen 2009). Dennoch scheint sich ein Verfahrenskarakter zu erhalten. Ein Vorteil der Vielseitigkeit liegt darin, dass es sich nicht auf einen (psycho)analytischen Blick verengt, reduziert. Biografiearbeit arbeitet mit der individuellen Geschichte Betroffener, ohne sich dabei gezielter psychotherapeutischer Verfahren zu bedienen. Es bedarf somit weder einer Problemdefinition als Voraussetzung, noch beansprucht die Methodik im Vorhinein definierte innerpsychische oder zwischenmenschliche Probleme zu lösen (Jansen 2009). Das heißt nicht, dass es keiner aktuellen Fragestellung bzw. dass es keinen Anlass benötigt, vielmehr geht es um die Interpretation der Lebensgeschichte durch den Betroffenen. Es geht um die Schaffung eines Sinnzusammenhanges zwischen individueller und kollektiver (gesellschaftlicher) Geschichte und darum, *„ihr eigenes Leben in den Blick zu nehmen, ihre eigene Entwicklung bzw. einzelne Aspekte ihrer Entwicklung zu verstehen, zu klären, zu bewältigen und für die (weitere) Lebensgestaltung gewinnbringend zu nutzen.“* (Hölzle 2009) Hier geht es um einen ressourcenorientierten Blick, ausgehend von der Gegenwart in Richtung Vergangenheit und Zukunft.

Um es bei aller therapeutisch / pädagogischen Überschneidung nochmal zu betonen, Biografiearbeit verfolgt keinen eindeutig therapeutischen Ansatz. In Abgrenzung zur Psychotherapeutik, die sich mit den pathologischen Folgeerscheinungen auseinandersetzt, die sich mitunter aus dem Bedingungsgefüge von Subjektivität und gesellschaftlicher Realität ergibt, kann pädagogisch biografische Arbeit als eine präventive Maßnahme betrachtet werden (Kirchhof 2008). Kirchhof verweist, mit Blick auf den krankheitspräventiven Charakter von Selbstgestaltung bzw. Selbstwirksamkeit, auf ein Zitat von Paul Michael Meyer, indem es darum geht, dass derjenige der sich nicht aus sich selbst heraus antreiben kann, von außen getrieben wird (Kirchhof 2008). Das Wissen um die „innere Lenkung“ (Meyer), den inneren Antrieb, beruht dabei auf dem Wissen um die eigene Geschichte. Das von Außen getrieben werden beschreibt m. E. sehr gut das Gefühl von Machtlosigkeit, etwas Schicksalhafterem. Biografiearbeit als Empowermentstrategie wirkt dem auf verschiedene Weise entgegen.

- **Biografisch erworbene Ressourcen bewusst und nutzbar zu machen**

Im Sinne der Resilienzförderung und Salutogenese richtet sich die Aufmerksamkeit auf die bereits gemachten Erfahrungen, bewältigte Probleme, bestehende Vorbilder und so fort, um die Wahrnehmung für die eigene Leistung zu schärfen und in Zukunft nutzbar zu machen. Dies beinhalten die aktiven und prosozialen personalen Kompetenzen des Klienten, sowie die protektiven Faktoren von Familie und Umwelt bewusst werden zu lassen und zu aktivieren (Hölzle 2009).

- **Regie führen im eigenen Leben**

Zur Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit gilt es, Situationen in der Lebensgeschichte zu fokussieren, in der sich der Klient als aktiv und steuernd empfinden konnte. Die Auseinandersetzung (auch in symbolischer Form als Autor, Regisseur, Held der eigenen Geschichte) und aktive Gestaltung um diese Erfahrung, bildet eine Komplementärerfahrung zu erlebter Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Erfahrung, Probleme aus eigener Kraft gelöst zu haben und lösen zu können (Gefühl der Handhabbarkeit), stärkt das Gefühl der Kohärenz (Hölzle 2009).

- **Krisen als Herausforderung und Lernchancen begreifen**

Krisenhafte Lebenserfahrungen können im Sinne des Kohärenzgefühles besser in das eigene Identitätskonzept integriert werden, wenn sie als verstehbar und sinnhaft erlebt werden. Erfahrungen, dass sich das eigene Engagement in Krisensituationen lohnt, stärken das Gefühl der Sinnhaftigkeit in schwierigen Lebensphasen. Da der Sinn häufig erst im Nachhinein erschlossen werden kann, bedarf es der Reflexion bereits erlebter Krisen. Unter Berücksichtigung von gemachten Entscheidungen, Ereignissen und Begebenheiten, richtet sich der Blick (auch unter erlebten Verlusten) auf die Gewinne, die sich aus der Krise ergaben (Hölzle 2009).

- **Das Gemeinsame im Individuellen entdecken**

Lebensgeschichtliche Betrachtung aus weiter Distanz z.B. in Bezug auf historische Entwicklungen oder anderen Kontexten (biologische, entwicklungspsychologische Entwicklung), wenden den Blick vom Individuum zum Kollektiv. Im kollektiven Vergleich besteht die Möglichkeit, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Lebenslauf zu entdecken (Hölzle 2009).

Es wird deutlich, dass der Fokus auf Ressourcenorientierung gerichtet ist, mit dem Ziel der Entwicklung von Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienzförderung zur Krisenprävention.

„Biografizität“ als Schlüsselkompetenz

Nach Alheit meint Biografizität (bios = Leben, graphien = (be)schreiben, facere = machen) *„nichts anderes als den Zwang und die Chance zugleich, unser Leben selbst zu gestalten.“* (Alheit 2008). Er bezeichnet es auch als einen „persönlichen Code“, mit dem die jeweiligen Erfahrungen erschlossen werden. Alheit verbindet damit Biografizität und das Modell der autopoietischen Systeme in der Weise, dass durch den persönliche Code, der sich aus der individuellen Biografie ergibt und nur durch die innere Logik der gemachten Erfahrungen verstanden werden kann, die Impulse von Außen derart interpretiert werden, dass sie mit dem gesammelten Wissen übereinstimmen und sie dem individuellen „Eigensinn“ entsprechen (Alheit 2008).

Man kann sagen, die Lebensgeschichte stellt ein internalisiertes Schema dar, um Reize und Informationen zu interpretieren bzw. zu verarbeiten. In diesem Zusammenhang können äußere Informationen auch als Störungen (Perturbationen) wirken und zur Anpassung bzw. Veränderung des internalisierten Schemas beitragen, sobald die Information als „Störung“ empfunden wird und sich das Verarbeitungssystem zur Erzeugung eines (Eigen)Sinns stabilisierend anpasst (zum Zweck der Komplexitätsreduktion).¹⁸

Dieser persönliche Code stellt eine beträchtliche Ressource dar, auf die im Rahmen von Empowerment zugegriffen werden kann. Weiteres Potential sieht Alheit in der Nutzung des „ungelebtem Lebens“. Zwar *„hat niemand von uns alle denkbaren Möglichkeiten. Aber im Rahmen begrenzter Veränderungschancen haben wir mehr Alternativen, als wir jemals realisieren werden. [...] Die Möglichkeiten, die wir in uns vermuten, legen uns eine Erweiterung oder Einschränkung biografischer Handlungsautonomie nahe. Deren bewusste Realisierung liegt indessen bei uns als Träger unserer Biografie.“* (Alheit 2008).

Biografizität birgt neben den erwähnten Chancen auch Risiken bzw. hat Grenzen. Das ungelebte Leben beispielsweise, kann, wie bereits erwähnt ein Grund zur Trauer sein, gleichzeitig aber auch eine Reihe von alternativen Leben beinhalten.

In Verbindung mit der individualisierungstendenz postmoderner Gesellschaften, wie sie von

¹⁸ Zur Vertiefung und in Anlehnung an die Überlegungen zu autopoietischen Systemen sei hier auf die Arbeiten von Humberto Maturana, Francisco Varela sowie Niklas Luhmann verwiesen.

Schiedeck und Stahlmann weiter oben beschrieben wurde, steht allerdings die Autonomie „das eigene Leben in der Hand zu haben“ gleichwohl in Frage. Gerade diejenigen sind davon betroffen, die aus dem ökonomischen, kulturellen, ethischen „Integrationskern“ der Gesellschaft ausgeschlossen sind, bzw. davon bedroht sind, ausgeschlossen zu werden (Alheit 2008). In der Unüberschaubarkeit gesellschaftlicher Subgruppen und -systeme, mit durchaus widersprüchlichen Anforderungen, birgt die biografische Kommunikation und die Reaktion darauf das Risiko, die Gefahr der Überforderung / Verunsicherung bis hin zur Schuldzuschreibung für persönliche Notlagen jeglicher Art (im Sinne neoliberaler Eigenverantwortung). Zudem kann der Individualisierungs-Hype nach Art „Self-made man“ und „everything goes“ Biografizität durchaus blockieren. Der nicht nur mediale (oft unrealistische) Übergebrauch künstlicher Erfahrungskonstruktionen überdeckt dabei mit individuell unbrauchbaren Erlebnissen den „persönlichen Erfahrungscode“, der grundlegend ist, zur Identitätsstabilisierung und um neue Erfahrungen zu assimilieren (Alheit 2008).

In Anbetracht dessen, und mit Betonung auf einen bewussten Umgang mit der Biografie, bietet Biografizität einen sicheren Ausgangspunkt, sie bietet Orientierung. Planung in die Zukunft bedarf zuallererst der Selbstvergewisserung bzw. der Sicherheit auf den eigenen Standort. Der eigene Standort ergibt sich aus der eigenen Geschichte. Orientierung kommt demnach nicht von Außen, sondern ist im Individuum selbst begründet (Wittwer 2008).

Aufgrund der gesellschaftlichen Schnelllebigkeit, der geringen Halbwertszeit von Möglichkeiten, der Diskontinuität von Lebenskonzepten, Normenmuster, politischen Entscheidungen etc. sieht Wittwer die Orientierung in den Individuen, in ihrer Subjektivität, insbesondere in den speziellen Stärken des Individuums begründet, da diese die Zeit überdauern (Wittwer 2008).

Als Rückbesinnung auf sich selbst und gleichsam auch als Möglichkeit der Distanzierung von den Gefahren des Individualisierungs-Hypes, sowie zur Distanzierung von gesellschaftlich (bewusst) erzeugter Unsicherheit (womit Sicherheit zur Ware wird), stellt Biografiearbeit / Biografizität meines Erachtens einen realen Ansatzpunkt für die Soziale Arbeit mit psychisch Kranken dar.

Fazit

Was bedeutet also der dargelegte gesellschaftliche und wirtschaftliche Zusammenhang für die Endlichkeit bzw. Unendlichkeit psychischer Krankheit?

Zunächst sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der Blickpunkt dieser Arbeit zwar auf das Individuum hin ausgerichtet ist, aber im Funktionszusammenhang einer gesellschaftlich, abstrakten (soziologischen) Orientierung folgt. Das bedeutet, dass das individuelle Schicksal, sowie das nähere Umfeld der Betroffenen, nicht direkt Berücksichtigung findet. So finden auch die Kapitel eins und zwei in der Weise Verwendung, dass die dort dargelegten Konzepte zur Interpretation der nachfolgenden Kapitel (drei und vier) zu verstehen sind. Ein direkter Fokus auf die Individualität findet erst wieder im Rahmen von Empowerment im fünften Kapitel statt.

Wie nach Becker und Goffman zu verstehen ist, handelt es sich bei psychischen Krankheiten um Konstrukte. Die mehr oder weniger direkt von der Gesellschaft aufgestellten Konstrukte spiegeln den gesellschaftlichen Stellenwert der Betroffenen wieder. Diese Funktionszuschreibung bedeutet nicht, dass die Betroffenen keine gesellschaftliche Funktion mehr haben, es bedeutet vielmehr, dass sich deren Funktion geändert hat. Funktionszuschreibungen haben hier, nicht nur unter soziologischer Sicht, einen regulativen Charakter. Analog dem physikalischen Wechselwirkungsprinzip¹⁹, indem die Wirkung einer Kraft eine gleichgroße Gegenkraft mit sich bringt, bedeutet es, dass es zur Beschreibung der Kategorie A ein zu unterscheidendes Gegenteil B geben muss. Das heißt aber nicht, dass keine psychischen Krankheiten existieren, die individuellen Folgen und psychischen Leiden sind real. Die Zuschreibung psychischer Krankheiten haben jedoch zweifellos ein ordnendes Element in der Gesellschaft. Dabei sagen sie weniger über das ausgeschlossene Individuum aus, sondern vielmehr über das ausschließende System. Eine Gesellschaft lässt sich demzufolge ebenso gut an ihrer Ausgliederungspolitik beschreiben, wie an ihrer Eingliederungspolitik.

Entsprechendes gilt für die Chronizität an sich. Auch dies ist ein Sprachsymbol mit Ordnungscharakter, nur stellt dieses zudem noch eine zeitliche Prognose. Dabei tritt, sobald die Eigenschaft „chronisch“ auftritt, eine Negativkonnotation in den Vordergrund, die die Charakteristika des stabilisierenden meist komplett überschattet. Ich führe diesen

19 Drittes newtonsche Gesetz: Kräfte treten immer paarweise auf; Aktion gleich Reaktion.

Umstand auf die noch immer vorherrschende medizinische Sichtweise zurück. In dieser Sichtweise finden weder die gesellschaftlichen, noch die politischen oder sozialen Rahmenbedingungen in Bezug auf Patho- bzw. Salutogenese ausreichend Bedeutung. Die Dominanz der medizinischen Denkart, im Sinne der Körperfunktionalität, ist auch in der Ausdrucksweise eklatant. Allein die sprachliche Abgrenzung der „medizinischen Rehabilitation“, als alleinigen gesetzlichen Ausdruck in Bezug auf Rehabilitation, zeigt den Stellenwert gegenüber Arbeits- und Sozialrehabilitation, die im Gegensatz dazu im Gesetz als Teilhabeleistung bezeichnet werden, deutlich an. Fernab aller historischen Entwicklung hat es hier bis dato keine Anpassung gegeben. Allein die sprachliche Trennung bedeutet, dass Teilhabeleistung nicht Rehabilitation im eigentlichen Wortsinne ist.

Eingliederungshilfe als Teilhabeleistung hat demzufolge auch nichts mit der Wiederherstellung von Ehre oder Würde zu tun. Gleichmaßen lassen sich auch die festgesetzten Regelsätze²⁰ verstehen. Im Gegenteil, nach den Teilhabedimensionen der ICF wirken die Regelsätze sogar behindernd. Nach Becker werden hier den Betroffenen Möglichkeiten vorenthalten, um sich gesellschaftskonform Verhalten zu können. Die schwierige Stellung von Menschen mit Behinderungen (siehe UN-BRK) lassen zusätzliche Leistungen zwingend werden, wollen diese an der Gesellschaft teilhaben. Eine weitere „Behinderung von Betroffenen“ stellt somit auch die Leistung zur Eingliederungshilfe dar. Fast als zusätzliche Hürde ist die Bereitstellung der Leistung, neben der Aussicht auf Erfolg, an den amtlichen Beweis der Hilfebedürftigkeit gebunden, und stellt somit eine zusätzliche Stigmatisierung dar. Sinn und Zweck von Rehabilitation sollte es jedoch sein, gesellschaftlich und wirtschaftlich produzierte Nachteile, die sich behindernd auswirken, auszugleichen²¹. Bestehen jedoch keine Erfolgsaussichten für Eingliederungshilfe, werden Teilhabeleistungen (in Abgrenzung zur Hilfe zur Pflege, die aber einer anderen Zielsetzung folgt) in der Form nicht gewährt.

Ich bezeichne es als einem systematischen, gesellschaftlichen Ausschluss von Randgruppen. Dieser Ausschluss ist durch den Gedanken des Neoliberalismus aufgekommen und wird durch ihn forciert. Die Gedanken der Eigenverantwortung in Bezug auf Risikoabsicherung und die Vermarktwirtschaftlichung bis in die kleinsten Lebensbereiche hinein, entsolidarisieren das Zusammenleben. Mit der Folge, dass sich der Blick weg von der

20 Auch die Bezeichnung - Sicherung des Existenzminimums spricht für sich. Steht es doch grade für die Menge an Unterstützung die es erlaubt seine Existenz zu sichern. Ein bloßes Existieren hat meines Erachtens aber nichts mit Lebensqualität zu tun und schon gar nichts mit Würde oder Ehre.

21 „Bei Leistungen für behinderte Menschen handelt es sich um bloßen Nachteilsausgleich. Diese Hilfen sind nicht zu beantragen, sondern anzubieten, weil die Gesellschaft als solche ihren behinderten Mitbürgern gegenüber in der Pflicht steht und nicht umgekehrt. Im übrigen dürfen Hilfen nicht die Hilflosigkeit noch verstärken und zur Untätigkeit ermuntern, sondern müssen grundsätzlich als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert sein.“ Cloerkes 2001

ausschließenden Gesellschaft allein auf den Ausgeschlossenen richtet. Aufgrund der Zergliederung der Gesellschaft in eine Vielzahl sich selbst legitimierender, sich selbst bedingender Subsysteme verschwindet der Gedanke der kollektiven Verantwortung mehr oder weniger automatisch. Der Prozess der Individualisierung bleibt zwangsläufig übrig, oder soll zumindest politisch postuliert als einzige Alternative verstanden werden. Die darauf begründete Entsolidarisierung ermöglicht es, Hilfe, Sicherheit und letztlich Menschen (mit ihren Wünschen und Nöten) zur Handelsware werden zu lassen, die im Grunde Mittel zur Gewinnmaximierung darstellen. Erkennbar ist der Prozess an der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, insbesondere am Begriff des „Kunden“, der im Sinne von Watzlawick und Goffman einer erfundenen Wirklichkeit bzw. der Täuschung gleichkommt. Zumal stellt die Ökonomisierung eine eindimensionale Reduktion komplexer sozialer Sachverhalte dar.

Der im neoliberalen Zusammenhang häufig gebrauchte Begriff der Eigenverantwortung hat nichts mit Empowerment zu tun. Die fälschliche und überschneidende Verwendung beider Begrifflichkeiten birgt die Gefahr der Fehlbeurteilung im Sinne der Projektion / Zuschreibung der (allein) Verantwortung auf den Betroffenen. Die Eigenverantwortung nach dem neoliberalen Modell kommt m.E. vielfach einer Schuldzuweisung gleich, dabei hat ein Betroffener (im Sinne der Individualisierung) eher einen recht geringen Einfluss (ökonomisch, zeitlich, räumlich usw.) auf die Gesellschaft (Politik, Wirtschaft, Gesetzgebung usw.) als Ganzes.

Die Soziale Arbeit ist hiernach verpflichtet, den ethischen Grundsätzen der Solidarität genüge zu tun und auf ethische Probleme aufmerksam zu machen. Grade als Gegenpol zur entsolidarisierenden Wirkung einer allgemeinen Ökonomisierung. In erster Linie und vielleicht in besonderer Weise, trifft es auf den Dienstgeber der Sozialen Arbeit zu.

Was sagt das jetzt über die Rehabilitation im allgemeinen aus? Ist Rehabilitation psychischer Krankheiten möglich?

Definitiv – Ja, am Beispiel von Empowerment, von Biografiearbeit ist eine Rehabilitation im eigentlichen Wortsinne durchaus möglich, bislang aber nicht gewollt.

Der Wiederherstellung von Würde und Ehre spielt hierbei eine besondere Rolle. Eine Rolle, die nicht den Betroffenen zukommt, sondern der Gesellschaft. Die hat allerdings ihren Teil bislang nicht bzw. nicht ausreichend erfüllt. Das Vorherrschen von Vorurteilen bzw. bestimmter Sichtweisen was die Behandlung angeht (z.B. medizinische Sichtweise) sind der eine Teil, die Verwirtschafterung von Krankheit ist der andere Teil.

Die Rehabilitation wird immer noch durch Leistungsträger und Institutionen bestimmt. Nicht etwa der Betroffene entscheidet wann er rehabilitiert ist. Des weiteren besteht solange kein Interesse an der Genesung, wie ein Betroffener Geld einbringt (und das mit möglichst geringem Aufwand). Durch die Chronifizierung von Krankheiten lassen sich also „Kunden“ halten. Der Begriff des Kunden stellt nach meiner Ansicht jedoch keine rehabilitative (entstigmatisierende) Bezeichnung dar. Es handelt sich hier um einen Begriff, der für Dienstleistungsanbieter nützlicher ist, als für den Betroffenen. Kunden stellen Zielgruppen dar, mit denen man Geld bzw. Mehrwerte abrufen kann. Damit werden Hilfebedürftige zu einem begehrten Handelsgut unter Dienstleistern.

In diesem Verlauf, indem der Sozialstaat zur Sozialwirtschaft wird, tritt das Wohl des Individuums hinter wirtschaftlichen Überlegungen zurück. Hinter euphemistischen Bezeichnungen, wie Qualitätssicherung, Management-Programmen oder Kundenorientierung, erfährt die postulierte Individualisierung spätestens in der Hilfe / Behandlung ihre Grenze. Betroffene haben sich an das Leistungsangebot anzupassen, es sei denn, derjenige bezahlt. Dann werden individuelle Wünsche eher berücksichtigt, das Leistungsangebot an die Bedürfnisse angepasst.

Ökonomisch betrachtet ist Stigmatisierung und Chronizität dahingehend notwendig und gewollt, da über dessen Definitionscharakter das Klientel, die Kundschaft, rekrutiert wird. Um diesen Kreis zu durchbrechen, einen Schritt von der Unendlichkeit in Richtung Endlichkeit nicht nur psychischer Krankheiten zu machen, müsste allerdings Rehabilitation vom wirtschaftlichen Aspekt abgekoppelt werden. Das allerdings ist eine utopische Vorstellung. Realistischer hingegen ist die Loslösung von Einkommen / Vermögen und Bedarf. Echte Rehabilitation ist möglich sobald sie gewollt ist.

„ Who controls the past now controls the future.

Who controls the present now controls the past.

Who controls the past now controls the future.

Who controls the present now?“

(De la Rocha 1999)

Literatur

Alheit, Peter. „Biografizität“ als Schlüsselkompetenz in der Moderne. In: Kirchhof, Stefan; Schulz, Wolfgang (Hrsg.). Biografisch lernen & lehren – Möglichkeiten und Grenzen zur Entwicklung biografischer Kompetenz. Flensburg. Flensburg University Press 2008. S. 15-28

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. Deutsche Ausgabe, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textversion- DSM-IV-TR. Göttingen. Hogrefe-Verlag 2003.

Antonovsky, Aaron. Unraveling the Mystery of Health, How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco. 1987 S. 13 zitiert nach: Bauch, Jost. Medizinsoziologie. München u.a.. Oldenburg Wissenschaftsverlag GmbH 2000 S. 155

Becker, Howard S.. Außenseiter: Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt am Main. Fischer 1981. S. 7, 8, 29, 28-35

Becker, Peter. Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen. Hogrefe Verlag 2006. S. 13-14, 20, 23

Bieritz-Harder, Renate. Sechstes Kapitel Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In: Sozialgesetzbuch XII Sozialhilfe Lehr- und Praxiskommentar. 7. Aufl.. Baden-Baden. Nomos 2005. S.389-441

Bock, Thomas. Eigensinn und Psychose »Noncompliance« als Chance. Neumünster. Paranus Verlag 2006. S. 41-45

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.). RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005. www.bar-frankfurt.de S. 12, 17

http://www.bar-frankfurt.de/upload/RPK-Empfehlungsvereinbarung_153.pdf

[Stand: 16.06.2010]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. 2010

http://www.bmas.de/portal/47972/property=pdf/2010_09_26_referentenentwurf_regelsaetze_sgb2.pdf

[Stand: 26.09.2010]

Chamberlin, Judi. A working definition of empowerment. National Empowerment Center, Inc.. 2010 http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html

[Stand: 16.12.2010]

Cloerkes, Günther. Soziologie der Behinderten: Eine Einführung. 2. neu bearb. Und erw. Aufl.. Heidelberg. >Edition S<. 2001. S. 53

Corrigan, Patrick W.; Rüschi, Nicolas. Mental illness and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma?. 2002. deutsche Übersetzung: Stereotypen über psychische Erkrankungen und klinische Versorgung: Vermeiden Menschen Behandlungen wegen Stigmatisierung?. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. 2.6.2004. www.dgppn.de S.5

http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2004/stn-2004-06-02-stigmatisierung-ruesch.pdf

[Stand: 02.08.2010]

Dederich, Markus. Zur Ökonomisierung sozialer Qualität. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4 2005. S. 2-6

De La Rocha, Zack. Testify. In: Rage Against the Machine – The Battle of Los Angeles. Sony Music Entertainment Inc.. 1999

Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH). Berufsethische Prinzipien des DBSH. 1997.

<http://www.dbsh.de/BerufsethischePrinzipien.pdf> [Stand: 15.11.2010]

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Positionspapier Rehabilitation 2010. Erschienen am: 06.05.2010 www.deutsche-rentenversicherung.de. S. 4

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/05__konzepte__systemfragen/dateianhaenge/Positionspapier_Reha_2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Positionspapier_Reha_2010

[Stand: 16.06.2010]

Erlach, Thomas. Worte verändern die Welt – Die Macht der Sprache in der ökonomisierten sozialen Arbeit. Neumünster. Paranus Verlag 2009. S.140-153, 152, 159, 52, 73, 154, 54-55, 86-87

Felkendorff, Kai. Ausweitung der Behinderungszone: Neuere Behinderungsbegriffe und ihre Folgen. In: Cloerkes, Günther (Hrsg.). Wie man behindert wird – Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg. >Edition S< 2003. S.26

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). Richtlinie über Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). In Kraft getreten am: 19.06. 2009 www.g-ba.de S. 3 <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-340/RL-Reha-2009-01-22.pdf> [Stand: 28.06.2010]

Gerhardt, Uta. Patientenkarrerien: eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt am Main. Suhrkamp 1986. S.26

Goffman, Erving. Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main. Suhrkamp 1973. S. 131, 133, 144, 154, 166, 162

Goffman, Erving. Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main. Suhrkamp 1975. S. 10-11, 58 ff, 20

Gore, Martin L.. Enjoy the silence. In: Depeche Mode – Violator. Grabbing Hands Music Ltd/EMI Music Publishing Ltd. 1990

Haselmann, Sigrid. Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht 2008. S. 299, 97-104

Hölzle, Christina. Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In: Hölzle, Christina; Jansen, Irma (Hrsg.). Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009. S. 31-51

Hölzle, Christina. Bedeutung von Ressourcen und Kreativität für die Bewältigung biografischer Herausforderungen. In: Hölzle, Christina; Jansen, Irma (Hrsg.). Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009. S. 71-79

Hüttenbrink, Jost. Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II – Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundversicherung, sonstige Ansprüche (z.B. Hilfe zur Pflege), Verfahren, Verwandtenregress. 10. Aufl.. München. Beck-Rechtsberater 2007. S.183

Igl, Gerhard; Welti, Felix. Begriffsklärung „Medizinische Rehabilitation“. In: Frieboes, Ralf-Michael u.a. (Hrsg.). Rehabilitation bei psychischen Störungen. München. Urban & Fischer 2005. S. 5-14

International Federation of Social Workers (IFSW). Ethik in der Sozialen Arbeit – Erklärung der Prinzipien. 2004. http://www.dbsh.de/Ethik_in_der_Sozialen_Arbeit.pdf [Stand: 15.11.2010]

Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.-U.. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47. Springerverlag 2004. S. 736-744

Jansen, Irma. Biografiearbeit im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung und im Handlungsfeld pädagogischer Biografiearbeit. In: Hölzle, Christina; Jansen, Irma (Hrsg.). Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009. S. 17-29

Kast, Verena. Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart. Kreuz Verlag 1982. S. 57-78

Kirchhof, Steffen. Biografiearbeit als Bildungshilfe oder therapeutische Arbeit? Gemeinsamkeiten und Unterschiede pädagogischen und therapeutischen Handelns. In: Kirchhof, Steffen; Schulz, Wolfgang (Hrsg.). Biografisch lernen & lehren – Möglichkeiten und Grenzen zur Entwicklung biografischer Kompetenz. Flensburg. Flensburg University Press 2008. S. 207-213

Klug, Wolfgang. Braucht die Soziale Arbeit eine Ethik? - Ethische Fragestellungen als Beitrag zur Diskussion der Sozialarbeitswissenschaft im Kontext ökonomischer Herausforderungen. In: Wilken, Udo (Hrsg.). Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Lambertus-Verlag. Freiburg 2000. S. 175-206

Knuf, Andreas. Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag 2006. S. 71

Knuf, Andreas; Seibert, Ulrich. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag 2000. S. 5, 33-44, 18

Lazarus, Richard S.. Stress, Bewältigung und Emotion: Entwicklung eines Modells. In: Rice, Virginia Hill. Stress und Coping Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern. Hans Huber 2005. S.239, 244, 242, 246, 240, 255

Lob-Hüdepohl, Andreas. Vielfältige Teilhabe als Menschenrecht – ethische Grundlage inklusiver Praxis. In: Wittig-Koppe, Holger u.a. (Hrsg.). Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster. ParanusVerlag 2010. S. 20

Lubkin, Ilene Morof. Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern. Huber 2002. S.19-26

Madonna. Bed time story In: Madonna – Bed time stories. Sire Records Company 1994

Maurus, Hans-Jürgen. Ein Kraftakt? - Von wegen! Kommentar zur Streichliste der Bundesregierung. Tagesschau.de (Hrsg.) 2010

<http://www.tagesschau.de/kommentar/kommentar462.html>

[Stand: 02.09.2010]

Peter, Corinna. „Neo-Institutionalismus und Soziale Arbeit“ In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 8. Jg. 2010 H. 2. S. 156-168

Peters, Helge. Devianz und soziale Kontrolle: Eine Einführung in die Soziologie abweichenden Verhaltens. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim. Juventa 2009. S. 22

Reinhard, Hans-Joachim. Kapitel 6. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In: Kruse, Jürgen u.a.. SGB XII Sozialhilfe Kommentar. 2. Aufl.. München. Beck 2009. S. 157

Schaeffer, Doris; Moers, Martin. Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderung für die Pflege. In: Rennern-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. München. Juventa 2000. S. 447-485

Schiedeck, Jürgen; Stahlmann, Martin. Neoliberales Inklusionsregime – Über simulierte Inklusion und repressive Ent-Exkludierung. In: Wittig-Koppe, Holger u.a. (Hrsg.). Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster. Paranus Verlag 2010. S. 79, 81, 82

Schmidt-Semisch, Henning. Selber schuld. In: Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hrsg.). Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. 1. Auflage. Frankfurt am Main. Suhrkamp 2000. S.170, 171, 173

Schubert, Andreas; Bungard, Walter. Rehabilitation. In: Asanger, Roland; Wenninger, Gerd (Hrsg.). Handwörterbuch Psychologie – Studienausgabe. Weinheim. Psychologie Verlags Union 1999. S. 653-658

Schuntermann, Michael. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung. www.deutsche-rentenversicherung.de 2006. S. 2, 5

[http://www.deutsche-
rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__fo
rschung/04__klassifikationen/dateianhaenge/icf__kurzeinfuehrung.templateId=raw,propert
y=publicationFile.pdf/icf_kurzeinfuehrung](http://www.deutsche-
rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__fo
rschung/04__klassifikationen/dateianhaenge/icf__kurzeinfuehrung.templateId=raw,propert
y=publicationFile.pdf/icf_kurzeinfuehrung)

[Stand: 12.04.2010]

Schuntermann, Michael. Das Klassifikationssystem ICF und der Begriff „Empowerment“. In: Frieboes, Ralf-Michael u.a. (Hrsg.). Rehabilitation bei psychischen Störungen. München. Urban & Fischer 2005. S. 15-27

Schwager, Hans J.. „Rehabilitation“ - dient der Begriff noch einer Verständigung? In: Schott, Thomas (Hrsg.). Neue Wege in der Rehabilitation: von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker. München. Juventa 1996. S. 29-56

Seibert, Ulrich. Die >Nutzer-Orientierung< in der Psychiatrie – ein Paradigmenwechsel hin zum Empowerment? In: Knuf, Andreas. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag 2000. S. 20-29

Seibert, Ulrich. Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie. In: Knuf, Andreas. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag 2000. S.104-119

Simon, Fritz B.. Die Kunst, nicht zu lernen: Und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik 2. Aufl.. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme 1999. S. 79, 80, 81, 73

Smith, Adam. Wohlstand der Nationen. München 1982. Zitiert nach: Bruckner, Pascal. Ich kaufe, also bin ich – Mythos und Wirklichkeit der globalen Welt. 1. Aufl.. Berlin. Aufbau-Verlag 2004. S. 121

Soltauer Initiative. Soltauer Impulse – zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2004.

http://www.psychiatrie.de/dgsp/soltauer_initiative/article/Soltauer_Impulse.html

http://psychiatrie.de/data/pdfs/d9/01/00/sp105_34.pdf

[Stand: 13.10.2010]

Soltauer Initiative. Moralisch aufwärts im Abschwung. In: Wittig-Koppe, Holger u.a. (Hrsg.). Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster. ParanusVerlag 2010. S. 165, 156

Specht-Tomann, Monika; Tropper, Doris. Wege aus der Trauer. Stuttgart. Kreuz Verlag 2001. S. 11-18

Staub-Bernasconi, Silvia. Sozialrechte – Restgröße der Menschenrechte? In: Wilken, Udo (Hrsg.). Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Freiburg. Lambertus-Verlag 2000. S. 151 - 174

Tagesschau. Hartz-IV-Regelsätze – 128,46 Euro im Monat für Lebensmittel

<http://www.tagesschau.de/inland/statistikharz100.html>

[Stand: 20.10. 2010]

Tagesschau. Das Sparpaket der Bundesregierung – Die Liste: Kürzungen und neue Abgaben.

<http://www.tagesschau.de/inland/sparbeschluesse100.html>

[Stand: 02.09.2010]

UN-Behindertenrechtskonvention. In: Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu den Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

<http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>

[Stand: 18.10.2010]

Wacquant, Loïc. Bestrafen der Armen – Zur neoliberalen Regierung der sozialen Unsicherheit. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich 2009. S.309, 310

Welti, Felix. § 2 Behinderung. In: Laschwitz, Klaus; Welti, Felix (Hrsg.). HK-SGB IX Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln. Luchterhand 2010. S. 62, 59, 60

Wiegand, Georg. Rehabilitation. In: Stimmer, Franz (Hrsg.). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 4. völlig überarb. und erw. Aufl.. München. Oldenburg 2000. S. 569-574

Wilken, Udo. Faszination und Elend der Ökonomisierung des Sozialen – Aspekte eines zeitdiagnostischen Panoramas der Ökonomisierungstendenzen in der Behindertenhilfe. In: Wilken, Udo (Hrsg.). Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Freiburg. Lambertus-Verlag 2000. S. 11-30

Willemsen, Roger. Der Knacks. Limitierte Sonderausgabe. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag 2010. S. 9, 306-308, 157, 73

Wittwer, Wolfgang. Kontinuität und Diskontinuität als Leitprinzip beruflicher Bildung. In: Kirchhof, Steffen; Schulz, Wolfgang (Hrsg.). Biografisch lernen & lehren – Möglichkeiten und Grenzen zur Entwicklung biografischer Kompetenz. Flensburg. Flensburg University Press 2008. S.29-38

Zaumseil, Manfred. Ein neues Verständnis von chronischer Krankheit? In: Hermann, Anja; Schürmann, Ingeborg; Zaumseil, Manfred (Hrsg.). Chronische Krankheit als Aufgabe – Betroffene, Angehörige und Behandler zwischen Resignation und Aufbruch. Tübingen. dgvt-Verlag 2000. S. 7

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich habe dabei nur die in der Arbeit angegebenen Quellen benutzt.

Zudem versichere ich, dass ich weder diese noch inhaltlich verwandte Arbeiten als Prüfungsleistung in anderen Fächern eingereicht habe oder einreichen werde.

Ort , Datum, Unterschrift