

Heft 103 enthält u.a. folgende Beiträge:

- Michael Buestrich: Gesundheit in der entscherten Arbeits(losen)gesellschaft
- Christian Schultz: Psychotherapie für Erwerbslose – Hilfe oder Illusion?
- Eckhard Rohrmann: Institutioneller Einschluss ist keine Antwort auf sozialen Ausschluss. Wider die murale Entsorgung sozialer Probleme in Deutschland. Kritische Anmerkungen zum 1. Heimbericht der Bundesregierung
- Charlotte Jurk: Was macht Depression zur „Volkskrankheit“? Über die Karriere einer Diagnose
- Henning Schmidt-Semisch und Jan Wehrheim: Exkludierende Toleranz oder: Der halbierte Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“
- Heino Stöver: Substitutionsbehandlung für OpiatkonsumentInnen: Der lange Weg zum Erfolg!
- Klaus-Uwe Gerhardt: Garantiertes Mindesteinkommen – eine Forderung für alle(s)?



Kleine Verlag

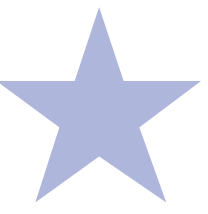
Selbstverantwortete Gesundheit – selbstverantwortete Krankheit

103  
Widersprüche



# Selbstverantwortete Gesundheit – selbstverantwortete Krankheit

# WIDERSPRÜCHE



Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

Heft 103 · März 2007

# Widersprüche

Herausgegeben vom Sozialistischen Büro

**Redaktion:** Manfred Kappeler (Berlin); Christof Beckmann, Fabian Kessl, Holger Ziegler (Bielefeld); Henning Schmidt-Semisch (Bremen); Uwe Hirschfeld (Dresden); Friedel Schütte (Essen); Karl August Chassé, Helga Cremer-Schäfer (Frankfurt); Margret Bülow-Schramm, Frank Düchting, Timm Kunstreich, Michael Lindenberg, Barbara Rose, Wolfgang Völker, Heiner Zillmer (Hamburg); Dietlinde Gipsner (Hannover); Kirsten Huckenbeck (Offenbach); Maria Bitzan, Eberhard Bolay (Reutlingen); Günter Pabst (Schwalbach/Ts.); Tilman Lutz (Waren/Müritz); Michael May (Wiesbaden); Gertrud Oelerich, Andreas Schaarschuch, Heinz Sünker (Wuppertal).

**Redaktionsadresse:** Sozialistisches Büro, WIDERSPRÜCHE, Holger Adam, Niddasträße 64, 60329 Frankfurt a.M., Telefon (0 69) 67 99 84, e-mail: widersprueche@gmx.de

**Verlag:** Kleine Verlag GmbH, Postfach 10 16 68, 33516 Bielefeld, Telefon (05 21) 1 58 11, Fax (05 21) 14 00 43, e-mail: KV@Kleine-Verlag.de, Webseite: <http://www.kleine-verlag.de>  
Extra Webseite *Widersprüche*: <http://www.widersprueche-zeitschrift.de>

**Bezugsbedingungen:** Die Zeitschrift *Widersprüche* erscheint viermal jährlich. Die *Widersprüche* können als Einzelhefte oder im Abonnement bezogen werden. Bestellungen über den Buchhandel oder direkt an den Verlag. Jahresabonnement € 36,00, SFr 62,10; StudentInnenabonnement (Studienbescheinigung beilegen) € 23,50, SFr 41,20; Einzelhefte € 11,00, SFr 19,80, jeweils zuzügl. Zustellgebühren. Abbestellungen müssen spätestens acht Wochen vor Ablauf des Jahresabonnements erfolgen, anderenfalls verlängert sich das Abonnement jeweils um ein Jahr.

**Anzeigenannahme, Verwaltung,**

**Herstellung und Auslieferung:** Kleine Verlag GmbH, Postfach 10 16 68, 33516 Bielefeld

© **Kleine Verlag GmbH:** Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages. Auch jede weitere Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Verlages unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Kopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte zur Veröffentlichung nimmt die Redaktion gerne entgegen. Für unverlangt eingesandtes Material wird keine Gewähr übernommen.

**Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Widersprüche

***Gesellschaft als „Diskurs der Wünsche“ meint das Verfertigen des Sozialen im Prozess des sozialen Diskurses, nicht Unterwerfung unter vorgefertigte Normierungen.***

Niko Diemer (1952–1992)

## ***Wir über uns***

1981/82 gründeten Mitglieder der Arbeitsfelder Gesundheit, Sozialarbeit und Schule des Sozialistischen Büros die Zeitschrift „Widersprüche“. In dieser Zeit des grünen Aufbruchs und der radikalisierten konservativen Wende versuchten wir eine erste Standortbestimmung als Redaktionskollektiv: „Verteidigen, kritisieren, überwinden zugleich“. Unter dieser Programmatik wollten wir als Opposition dazu beitragen, die materiellen Errungenschaften des Bildungs- und Sozialbereichs zu verteidigen, dessen hegemoniale Funktion zu kritisieren und Konzepte zu ihrer Überwindung zu konkretisieren. Zur Überzeugung gelangt, dass eine alternative Sozialpolitik weder politisch noch theoretisch ausreichend für eine sozialistische Perspektive im Bildungs- und Sozialbereich ist, formulierten wir unseren ersten Versuch einer Alternative zur Sozialpolitik als Überlegungen zu einer „Politik des Sozialen“. An der Präzisierung dieses Begriffes, an seiner theoretischen und politischen Vertiefung arbeiteten wir, als die Frage nach der „Zukunft des Sozialismus nach dem Verschwinden des realen“ 1989 auf die Tagesordnung gesetzt wurde. Das Kenntlichmachen der „sozialen Marktwirtschaft“ als modernisiertem Kapitalismus im Westen und Kapitalismus „pur“ im Osten erleichtert uns zwar die Analyse, gibt aber immer noch keine Antwort auf die Frage nach den Subjekten und Akteuren einer Politik des Sozialen, nach Kooperationen und Assoziationen, in denen „die Bedingung der Freiheit des einzelnen die Bedingung der Freiheit aller ist“ (Kommunistisches Manifest). Wer in diesem Diskurs der Redaktion mitstreiten will, ist herzlich eingeladen.

# Widersprüche

27. Jahrgang, März 2007

*Knochenbrüche  
Z'ammenbrüche  
Bibelsprüche  
Lehrerflüche  
Mutters Küche  
sind 'ne Menge  
Widersprüche  
(Volksmund)*

## Inhalt

Zu diesem Heft ..... 3

### Schwerpunktthema

**Selbstverantwortete Gesundheit – selbsverantwortete Krankheit** ..... 9

*Michael Buestrich*

Gesundheit in der entscherten Arbeits(losen)gesellschaft ..... 9

*Christian Schultz*

Psychotherapie für Erwerbslose – Hilfe oder Illusion? ..... 27

*Eckhard Rohrmann*

Institutioneller Einschluss ist keine Antwort auf sozialen Ausschluss.

Wider die murale Entsorgung sozialer Probleme in Deutschland.

Kritische Anmerkungen zum 1. Heimbericht der Bundesregierung ..... 39

*Charlotte Jurk*

Was macht Depression zur „Volkskrankheit“?

Über die Karriere einer Diagnose ..... 59

*Henning Schmidt-Semisch und Jan Wehrheim*

Exkludierende Toleranz oder:

Der halbierte Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“ ..... 73

*Heino Stöver*

Substitutionsbehandlung für OpiatkonsumentInnen:

Der lange Weg zum Erfolg! ..... 93

## Forum

*Klaus-Uwe Gerhardt*

Garantiertes Mindesteinkommen – eine Forderung für alle(s)? ..... 103

## Magazin

### Rezensionen

*Claudia Globisch*

über *Klaus Holz: Die Gegenwart des Antisemitismus.*

*Islamistische, demokratische und antizionistische Judenfeindschaft.*

*Hamburg, Hamburger Edition 2005* ..... 119

*Jörg Meier*

über *Gentner, Cortina; Mertens, Martin (Hg.): Null Bock auf Schule?*

*Schulmüdigkeit und Schulverweigerung aus Sicht der Wissenschaft*

*und Praxis. Waxmann Verlag 2006* ..... 124

**Zeitschriftenschau** ..... 128

---

## Bildnachweise

Titelfoto sowie Fotos im Innenteil: © Walburga Freitag, Bielefeld

Fotoserie: Film Stills I, 2007, „L’inspecteur Derrick – la version cartoon“

## Zu diesem Heft

---

Das vorliegende Heft thematisiert in spezifischer Art und Weise den Zusammenhang von gesellschaftlichen Normalitätserwartungen, wie sie im Rahmen der Auseinandersetzungen um die Modernisierung der (Re)-Produktionsverhältnisse formuliert werden. Auch wenn die aktuellen Diskurse um Arbeit – Arbeitslosigkeit, Gesundheit – Krankheit, (Selbst)Kontrolle – Sucht, Alter und Beeinträchtigung jeweils ihre besonderen Fragestellungen bearbeiten, lassen sich gemeinsame Thematisierungen finden, z.B. dass die Einzelnen von sich verändernden gesellschaftlichen Verhältnissen mehr gefordert sind und für die Bewältigung dieser Herausforderungen (Selbst-)Verantwortung zu übernehmen haben. So kann man der Werbung einer Krankenversicherung (auf den Werbeflächen der Bundeshauptstadt) im Februar 2007 entnehmen: „Wer aktiv etwas für seine Gesundheit tut, kann auf die Unterstützung der Gesundheitskasse zählen.“ In diesem Versprechen werden die zwei Stränge deutlich angesprochen, in deren Rahmen gegenwärtig nicht nur, aber besonders Gesundheit verhandelt wird: Der erste Strang ist der in Parteien, Parlamenten und Verbänden artikulierte Umbau des Gesundheitssystems als Teil der sozialstaatlichen Regulation. „Wie in allen Bereichen der sozialen Sicherung wird auch in der Gesundheitssicherung das bestehende System durch den Übergang zur Produktionsweise eines globalen neoliberalen Kapitalismus ausgehebelt“, heißt es dazu in dem Text der AG links-netz „Soziale Infrastruktur im Gesundheitsbereich“, der im *express* 12/2006 veröffentlicht ist. Der andere Strang ist der politisch nicht weniger bedeutsame Alltag der Lebensgestaltung. Aktiv sind wir doch längst alle dabei, unseren Beitrag zu unserer Gesundheit zu leisten: Ernährung, Ertüchtigung, Entspannung. In beiden Strängen spielt die Eigenverantwortung und die Aufforderung/Unterstellung der individuellen Herstellbarkeit von Gesundheit eine zentrale Rolle. Wenn in der jüngst beschlossenen Gesundheitsreform noch stärker Möglichkeiten von Selbsthalten und Bonusrückerstattungen eingebaut werden, dann wird zweierlei erreicht: Der versicherten Person wird zwar die Freiheit des Kalkulierens zugestanden, zugleich aber verbleibt im Versicherungssystem weniger Geld zur Umverteilung an die, die aufgrund sozialer oder altersbedingter Zumutungen gerade nicht frei kalkulieren können, sondern auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind. Zu diesen Mechanismen ist auch die Verknüpfung der Teilnahme an Früherkennungsprogrammen mit niedrigeren bzw. im Fall der Nichtteilnahme mit höheren Eigenbeteiligungen zu rechnen. Mit solchen Verfahren wird nicht nur die Steuerung der eigenen (Gesundheits-)Kosten suggeriert,

sondern zugleich auch die Vorstellung, jeder und jede habe die Chance die eigene Gesundheit durch das eigene Verhalten selbst zu steuern. Es ist paradox, dass man heute zwar um die besondere Bedeutung sozialer und ökonomischer Lebensbedingungen für Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. z.B. Helmert 2003; Helmert u.a. 2000) weiß, dass dies im hegemonialen Diskurs und in der Alltagspraxis der Menschen aber keine Resonanz zu finden scheint. Der naheliegende Gedanke, die sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen für alle zu verbessern, erscheint chancenlos gegenüber dem Ruf und Versprechen, die Fitness für eine bessere Bewältigung des postfordistischen Lebens selbständig und selbstverantwortlich zu erreichen. Was herrschaftskritisch als Zwang zur „Responsibilisierung“/„In-Verantwortungnahme“ oder auch als Zwang zur Selbstregierung (vgl. Krasmann 1999) beschrieben wird, scheint nicht nur für die dominanten Akteure im besonderen Raum der Politik faszinierend zu sein, sondern auch für die Politik der Menschen in ihrem Alltag.

Das Programm der Eigenverantwortung braucht als Subjektmodell und Modellsubjekt den autonomen Kunden, ausgestattet mit den Ressourcen Geld und Kompetenz. Der Wunsch, die Gesellschaft in Marktbeziehungen Einzelner aufzulösen, zeigt sich in der Vermarktlichung von Gesundheit als Dienstleistung. Aus dieser Logik leiten sich keine sozialen Grundrechte oder Rechtsansprüche ab, sondern Leistungs-Gegenleistungsbeziehungen. Die eigene Leistung des Kunden-Konsumenten besteht unter diesen Maximen vor allem darin, sich richtig und vernünftig zu verhalten – auf Basis von eigenen Entscheidungen. Das gilt gleichermaßen für die Leistung, einen Arbeitsplatz zu bekommen und zu behalten, wie für die Leistung, gesund zu sein, zu bleiben oder zu werden. Wenn dies die Normalitätserwartung ist, dann verlieren soziale Ungleichheit und ökonomische Herrschaftsverhältnisse an Erklärungskraft – zugleich aber freilich auch an Gewicht als veränderbare Verhältnisse. Und diejenigen, die aus verschiedensten Gründen sich dieser Vernunft- und Normalitätserwartung nicht beugen, werden dann zum Objekt durchaus auch repressiver professioneller und staatlicher Strategien (vgl. hierzu Schmidt-Semisch 2007).

*Der Vollständigkeit und Erinnerung halber wollen wir auch darauf hinweisen, dass wichtige Aspekte der aktuellen Debatten auch schon im Heft 94 der Widersprüche „Kampf ums Herz – Neoliberale Reformversuche und Machtverhältnisse in der Gesundheitsindustrie“ behandelt worden sind. Die in diesem Heft vertretenen Beiträge können sehr gut auch als ergänzende, vervollständigende Beiträge gelesen werden.*

## Zu den Beiträgen im Einzelnen

*Michael Buestrich* liefert mit seinem Beitrag einen einführenden Grundlagenartikel über den Zusammenhang von Lohnarbeit und Gesundheit. Er diskutiert, in welcher Weise Produktionskonzepte fordristischer und postfordristischer Prägung Folgen für Gesundheit und Krankheit von ProduzentInnen haben können. Die Frage nach den unterschiedlichen Verhaltensanforderungen dieser Produktionsbedingungen an die konkreten Menschen spielen dabei eine besondere Rolle. Verdeutlicht wird dies von Michael Buestrich sowohl an Arbeitsverhältnissen, die Autonomie, Flexibilität und Eigenverantwortung einfordern, wie auch an den Ansprüchen und Zumutungen prekärer Beschäftigung und aktivierender Arbeitsmarktpolitik.

Im Text von *Christian Schultz* spielen Veränderungen, wie sie Arbeitslosigkeit, Armut und Prekarsierung bedeuten, ebenfalls eine wichtige Rolle. Er stellt die Frage, wie eine kritische psychologische Praxis, die sich der politischen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingtheiten versichert, aussehen kann. Er formuliert Ansprüche an eine psychotherapeutische Praxis, die gesellschaftliche Zumutungen nicht als Persönlichkeitsdefizite behandelt, sondern sich als Chance zur Erweiterung von Handlungsspielräumen in und gegen diese Verhältnisse begreift. Dabei diskutiert Christian Schultz diese Fragen vor allem auch vor dem Hintergrund seiner beruflichen Praxis und der Kritischen Psychologie.

Die Lebensbedingungen von Menschen, die aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderungen in Heimen untergebracht sind, bilden das Thema des Beitrags von *Eckhard Rohrmann*. Er setzt sich mit dem Ersten Heimbericht der Bundesregierung auseinander, der im Herbst 2006 veröffentlicht worden ist und befragt vor allem zwei Aussagen dieses Berichts: Zum einen die These von der zunehmenden Nachfrage nach stationärer Pflege im Alter und stationärer Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Zum anderen die These, es gäbe auf Seiten von Alten und Menschen mit Behinderungen keinen Grund zur Sorge vor stationärer Unterbringung. Eckhard Rohrmann konstatiert im Gegensatz zu der gesetzlich formulierten Programmatik „ambulanz vor stationär“ eine gesteigerte „murale Entsorgung“ von sozialen Situationen wie Alter, Pflege und Behinderung. Ausgehend von der Erkenntnis, dass es keine Bedarfe gibt, die nicht ambulant befriedigt werden könnten, diskutiert er u.a., ob Konzepte wie das persönliche Budget überhaupt geeignet sind, einen Subjektstatus im Sinne einer Kontrolle der alltäglichen Lebensvollzüge und der Gleichstellung zu ermöglichen.

*Charlotte Jurk* geht in ihrem Beitrag dem Phänomen einer steigenden Diagnose von Depressionen nach. Sie fragt nach den Gefahren des Trends zur Medikalisierung von Seelenzuständen. Im Rückblick auf die Geschichte psychiatrischer Diagnose und Praxis kann sie zeigen, wie Diagnosen einerseits einem je be-



stimmten Zeitgeist entspringen und sodann eine eigene Überzeugungskraft zur Etablierung bestimmter Vorstellungen von Normalität entfalten. Besonderes Augenmerk widmet Charlotte Jurk der Rolle von Psychopharmaka bei der Entwicklung des Krankheitsbildes Depression. Vor dem Hintergrund der Untauglichkeit von Antidepressiva als Glück versprechendes Lifestyleprodukt und den Folgen dieser Mittel für die Befindlichkeit von Menschen diskutiert sie die Rolle ökonomischer Interessen. Als besondere Gefahr sieht sie die Tendenz, nicht nur Befindlichkeitsstörungen als fehlerhafte Anpassungen des Selbst in die Verantwortung der Einzelnen zu legen, sondern auch noch das (Un)Vermögen, die Niedergeschlagenheit (mit Hilfe von Medikamenten oder Therapie) zu überwinden, zum (Miss-)Erfolg der Einzelnen zu machen.

*Henning Schmidt-Semisch und Jan Werheim* fragen in ihrem Beitrag, ob und wie die Praxis akzeptierender Drogenarbeit in Kontrollstrategien und Ordnungspolitiken eingebunden wurde. Sie zeichnen die mit der akzeptierenden Drogenpolitik und Drogenarbeit verbundenen Ziele und Hoffnungen nach und beziehen die Entwicklungen in diesem Feld auf aktuelle Strategien der Kriminalpolitik. Dort identifizieren sie zwei Trends. Einmal den Abschied vom Integrationsziel für als abweichend kategorisierte Personen („Diabolisierung“) und zum anderen die Bewertung von abweichendem Verhalten als nicht zu verhindern, aber zu managen. In beiden kriminalpolitischen Strategien zeigt sich als Gemeinsamkeit die Tendenz zur räumlichen Exklusion bestimmter Verhaltensweisen. Die Autoren betrachten vor diesem Hintergrund die Praxis der sogenannten Druck-, Fixer- oder Gesundheitsräume als modellhafte Praxis akzeptierender Drogenarbeit und beschreiben sie als wirksam im Rahmen einer exkludierenden Toleranz. Sie reguliert bzw. regiert den Drogenkonsum je nach seinem Ort mit einer Kombination aus ökonomisch-rationalem Strafverzicht und/oder moralisch legitimer Strafe und Ausschließung.

*Heino Stöver* schließlich zeichnet nach, welche Schwierigkeiten bei der Einführung der Methadosubstitution in Deutschland zu überwinden waren und welche Probleme heute immer noch bestehen. Auch wenn die Substitution mittlerweile als eine etablierte Behandlungsform innerhalb der Sucht- und Drogenhilfe bezeichnet werden könne, so gebe es doch immer noch eine ganze Reihe von Schikanen, die deutlich machten, dass es sich immer noch nicht um eine selbstverständliche Behandlung handele.

## **Hinweis zur Heftgestaltung**

Mit der vorliegenden Ausgabe erscheinen die Widersprüche ohne die gewohnte Rubrik „Informationen, Materialien, Termine“, in der ganz überwiegend auf Veranstaltungen, Tagungen, Fachkonferenzen und Ähnliches hingewiesen wurde.

Nur zu oft waren diese Terminhinweise schon kurz nach dem Erscheinen der jeweiligen Ausgaben zeitlich überholt. Besonders mit dem Blick darauf, dass die Widersprüche nicht nur als Zeitschrift in quartalsmäßiger Erscheinung, sondern auch als Buchreihe vertrieben werden, in der die einzelnen Bände in nicht geringem Anteil als eigenständige Buchtitel über lange Zeiträume ausgeliefert werden, sind relativ kurzfristige Terminhinweise in den Ausgaben wenig zielführend und verzichtbar.

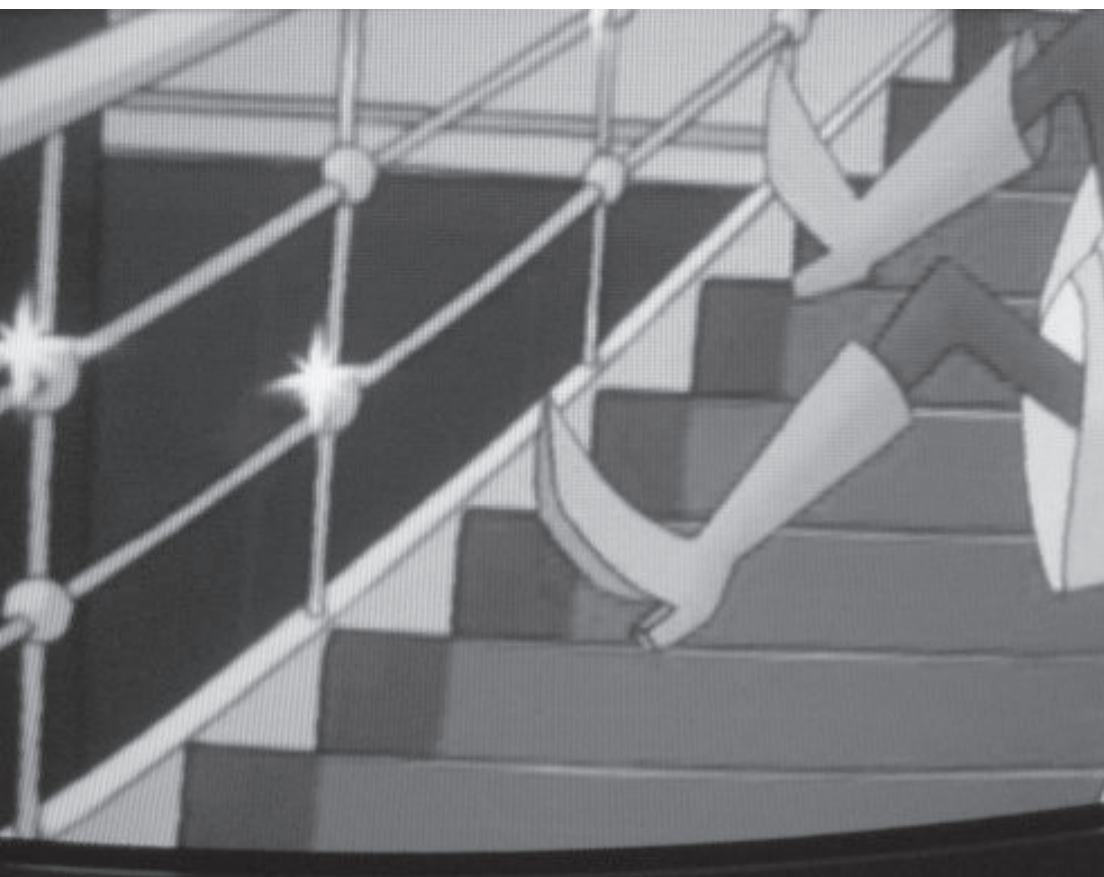
Die so „eingesparten“ Seiten möchten wir zukünftig für eine Rubrik mit einer „Zeitschriftenschau“ nutzen, in der regelmäßig zwischen vier und sechs Austauschanzeigen von Zeitschriften erscheinen sollen, die sich in der einen oder anderen Weise wie die Widersprüche einer „Politik des Sozialen“ verpflichtet fühlen. In diesen Anzeigen sollen aktuelle Ausgaben angezeigt und Schwerpunkt- wie Einzelthemen vorgestellt werden. So können Sie, unsere Leserinnen und Leser, einen Überblick darüber gewinnen, was thematisch mit welchen Akzenten und Inhalten in den an der Zeitschriftenschau beteiligten Periodika verfolgt wird. Und so können auch wir, die Widersprüche, eben dieses den Leserinnen und Lesern der anderen Zeitschriften über uns vermitteln.

Wir denken, dass dies allen Leserinnen und Lesern in diesem Anzeigenaustausch von Nutzen sein kann.

Redaktion und Verlag freuen sich über die Kooperationen im Rahmen der neuen Rubrik „Zeitschriftenschau“.

## Literatur

- Krasmann, Susanne (1999): Regieren über Freiheit, in: *Kriminologisches Journal*, Jg. 31, S. 107–121
- Helmert, Uwe (2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*, Augsburg
- Helmert, Uwe/Bammann, Karin/Voges, Wolfgang (2000): *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*, Weinheim
- Schmidt-Semisch, Henning (2007): Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle oder: Ausschließungsprozesse (noch) jenseits des Strafrechts, in: *Kriminologisches Journal*, Jg. 39



Michael Buestrich

## Gesundheit in der entscherten Arbeits(losen)gesellschaft

---

### Arbeitnehmer in Deutschland: nie so gesund wie heute?

„Die Deutschen fehlen so selten wegen Krankheit am Arbeitsplatz wie nie zuvor und sind damit die gesündesten Europäer“ meldet die Süddeutsche Zeitung am 19.04.2006 und beruft sich dabei auf die Zahlen des jährlichen BKK Gesundheitsreports, der einen „neuen historischen Tiefstand seit Beginn der BKK Statistik (1976)“ (BKK Bundesverband 2005, S. 8) konstatiert. Die Lohn(nebenkosten) zahlenden Unternehmen deuten diese Entwicklung ex-post als empirische Bestätigung ihres Verdachts, dass „auf Kosten des solidarischen Gesundheitssystems“ – gemeint sind damit die Unternehmen selbst – immer schon zu viel „Blau gemacht“ wurde.

Dagegen lehnen Gesundheitsforscher die naheliegende Schlussfolgerung ab, aus diesem „Rekord im Durchhalten“ (Schiegl 2006, S. 22) einen Indikator dafür zu machen, dass die Arbeitsbevölkerung tatsächlich insgesamt auch weniger krank bzw. gesünder ist. Im Gegenteil, denn viele können sich krankheitsbedingte Ausfälle vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktlage offenbar nicht (mehr) leisten und arbeiten auch in einer körperlichen Verfassung, mit der sie früher eher einen Arzt aufgesucht hätten: „Die Statistiker der BKK stellen die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes in den Mittelpunkt. Arbeitnehmer würden häufig selbst dann noch zur Arbeit gehen, wenn sie eigentlich ins Bett gehörten, erklärt Studienleiterin Erika Zoike“ (Kröger 2006). Dass Arbeitnehmer zu derartigen Durchhalteleistungen in der Lage sind, beruht u.a. darauf, dass sich die Unternehmen im Laufe der letzten Jahre des Kostenrisikos der weniger Leistungsfähigen schlicht entledigt haben. Vor allem in der verarbeitenden Industrie sind inzwischen im Wesentlichen junge, physisch und psychisch belastbarere und damit weniger krankheitsanfällige Belegschaften („Olympiamannschaften“) tätig: „Bei den Stellenstreichungen sind die gesundheitlich Beeinträchtigten zuerst entlassen worden. Das Ergebnis: Tendenziell haben eher die Fitten am Arbeitsmarkt überlebt, viele andere wurden aussortiert und sind nun arbeitslos

oder frühverrentet“ (Hans-Dieter Nolting, Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung; zit. nach Schiegl 2006, S. 22).

Es ist deshalb umgekehrt kein Wunder, dass sich unter den Arbeitslosen überproportional viele ältere, körperlich verbrauchte und damit im Schnitt krankere bzw. krankheitsanfälligere Personen befinden. Deren Reintegrationschancen verschlechtern sich wegen ihrer durch die Arbeit hergestellten, ggf. irreversiblen Defizite gegenüber den Gesunden und Leistungsfähigeren permanent. Insofern können mangelnde Leistungsfähigkeit und Krankheit Arbeitslosigkeit zum Resultat haben. Zugleich gilt der umgekehrte Zusammenhang, dass Arbeitslose durch die Arbeitslosigkeit krank(er) werden: „So ist bekannt, dass in Arbeitslosenbeständen der Anteil gesundheitlich eingeschränkter Personen gegenüber den Beschäftigten erhöht ist, was sowohl Ausdruck von Ursache wie Wirkung der Arbeitslosigkeit selbst sein kann“ (Elkeles 1999, S. 151). Unabhängig von der Klärung der Frage, ob diese Menschen nun wegen einer langen Krankheit arbeitslos sind oder umgekehrt deshalb krank sind, weil sie lange arbeitslos waren: Das Resultat besteht so oder so in einer ernststen Bedrohung der individuellen Reproduktionsfähigkeit. Dies gilt allerdings nicht erst für Zeiten der Arbeitslosigkeit, in denen das Arbeitsvermögen sowohl für seinen Träger als auch für seine Anwender nicht (mehr) wirken kann.

## **(Lohn-)Arbeit und Gesundheit**

Jeder Berufstätige weiß oder ahnt zumindest, dass die Notwendigkeit, durch den Verkauf seiner Arbeitskraft Geld verdienen zu müssen, und der gleichzeitige Wunsch, gesund zu bleiben, nicht erst beim euphemistisch bezeichneten „Krankfeiern“ im Gegensatz zueinander stehen. Aufgrund der Arbeit leiden nicht wenige Erwerbstätige unter „andauernden Rückenproblemen“, andere realisieren an sich selbst, dass ihnen permanenter und dabei zunehmender beruflicher Stress „auf den Magen schlägt“, respektive buchstäblich „auf die Nerven geht“, was sich u.a. in einem verhältnismäßig stärkerem Anstieg der arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen widerspiegelt: „Im Hinblick auf arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken sind unter anderem körperliche Belastungen, Unfallgefahren, Umgebungseinflüsse, sowie psychische und psychosoziale Belastungen zu beachten, die z.B. in schwierigen sozialen Beziehungen zu Kollegen und Kolleginnen oder Vorgesetzten, in monotonen Arbeitsabläufen, Zeitdruck oder beruflichen Gratifikationskrisen ihre Ursache haben können“ (RKI 2005, S. 55; vgl. ausführlich Ferrie 2006, S. 93f.; Dragano & Siegrist 2006, S. 170f.). Mit dem massenhaften Auftreten dieser Krankheitsbilder wird in der wissenschaftlichen Beschreibung und Dokumentation offenbar permanent und fest gerechnet, weshalb man sie gleich als – quasi natürlich vorkommende – „Volkskrankheiten“

tituliert. So ist es die Regel und nicht etwa die Ausnahme, dass eine Vielzahl von Arbeitnehmern nach kürzerer oder längerer Berufstätigkeit eine oder mehrere der verschiedenen, nach Berufsgruppen bzw. Tätigkeitsfeldern detailliert erfassen und beruflich bedingten Verschleißerscheinungen aufweisen.

Es kommt auch und gerade in diesen Verhältnissen vor, dass freiwillig Überstunden gemacht werden. – Also ohne den wirtschaftlichen Zwang, Überstunden ableisten zu müssen, weil das Grundgehalt nicht reicht oder der Arbeitsplatz gefährdet und deshalb zur Verbesserung des Betriebsergebnisses unbezahlte Mehrarbeit verlangt ist (ausführlich Meißner 2005). Das Bestreben, sich mit zu viel und belastender Arbeit um die eigene Gesundheit zu bringen, ist dabei eher unter die psychopathologische Abteilung zu subsumieren. „Workaholics“ begreifen ihren von Arbeitgebern i.d.R. erst einmal grundsätzlich gern gesehenen und unterstützten Arbeitseifer<sup>1</sup>, ihre dadurch erreichte Stellung in der beruflichen Konkurrenz und damit auch ihre Arbeitsresultate als Ausweis der eigenen Vortrefflichkeit, mit der sie sich von anderen abheben wollen. Der „selbstaktivierte Erfolgsmensch“ übersetzt in seinem Selbstbild die Anforderungen von Arbeitswelt und Konkurrenz in ein Programm der persönlichen Bewährung, d.h. der (Selbst-)Darstellung der eigenen Arbeit und ihrer Ergebnisse als Ausweis der individuellen Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit und befriedigt damit zugleich sein Bedürfnis nach „Karriere“ und damit den Wunsch nach Distinktion innerhalb der gültigen Berufshierarchie. Ein solches Programm lässt sich ohne den dazu nötigen individuellen Einsatz („60-Stunden-Woche“) und eine auch charakterlich besonders darauf ausgerichtete Persönlichkeit („Erfolgswillen“ und „Durchsetzungsfähigkeit“ etc.) selbstverständlich nicht realisieren.

Aber auch bei denjenigen, die nicht so weit gehen, den vorsätzlichen Raubbau an ihrer Physis als anerkennenswerte Leistung zu betrachten, sondern lediglich ihre „Selbstverwirklichung in der Arbeit“ suchen, kann dieses Streben pathologische Formen annehmen: „Die Anwesenheit am Arbeitsplatz wird in vielen Unternehmen immer länger ausgedehnt [...]. Die permanente ‚Zeitnot‘ der high potentials kann von einer zur Tugend gewendeten Not in ‚Arbeitsucht‘ ausarten und erhebliche psychische Schäden hervorrufen. Andauernder Stress mündet dann in Spannungsunfähigkeit“ (Dörre 2003, S. 21). Darin begründete zeitweilige krankheitsbedingte Ausfälle oder letztendlich gar die Berufsunfähigkeit beweisen für diese „Hochleister“ aber auch, was man bisher geschafft und d.h. eben auch ausgehalten und ertragen hat.

Dass man sich deshalb bei jeder Gelegenheit vor allem „viel Gesundheit“ wünscht und dieselbe als unser aller „höchstes Gut“ allgemein Anerkennung findet, weist daraufhin, dass die für sich genommen eher banale Tatsache, über eine funktionierende Physis zu verfügen, als Wert an sich Geltung beansprucht. Dieses Gut ist offenbar latent bedroht und Gesundheit als Normalzustand damit kei-

neswegs selbstverständlich. Sie stellt vielmehr eine Verfassung dar, auf die von jedermann mindestens dauerhaft zu achten ist, wenn man sich nicht gleich aktiv darum bemühen muss. Der seit einigen Jahren propagierte „Fitness- und Wellnessgedanke“ als „die bewusste und demonstrativ ausgestellte Gesundheit, eine Gesundheit, die man aktiv verfolgen, statt passiv und unwissentlich genießen soll“ (Greco 2004, S. 294) dehnt den Leistungs- und Konkurrenzgedanken auf das Feld der Gesunderhaltung aus, worüber die eigentlich darüber angestrebte Entspannung schnell wieder zur Arbeit ausarten kann. Dabei unterstellt die Notwendigkeit „aktiver Gesunderhaltung“ wiederum die i.d.R. unfreiwillige Schädigung der Gesundheit und verlangt von den Probanden zugleich, dass sie sich eigeninitiativ um ihr Wohl zu kümmern hätten, weil sie auf eine intakte Physis und eine stabile Psyche als Mittel in der beruflichen Konkurrenz angewiesen sind.

Die darin zum Ausdruck kommende Pflicht zum verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit schließt auf der anderen Seite in Gestalt der personalisierenden Betrachtung „unvernünftigen Gesundheitsverhaltens“ (Motto z.B.: „Du bist, was du isst“) notwendig den Vorwurf ein, sich im Falle der Erkrankung womöglich und unvernünftigerweise „zu wenig um die eigene Gesundheit gekümmert“ zu haben. Wer dagegen außerhalb des allseits tolerierten, weil beruflich gerade verlangten Einsatzes seiner Gesundheit nur für seine privaten Zwecke verschwenderisch mit seinen körperlichen Ressourcen umgeht, wer „zu viel raucht, (das Falsche) trinkt und isst“, „sich nicht bewegt“ oder sich umgekehrt zwar sportlich betätigt, aber „Risikosportarten betreibt“, der muss sich die entsprechenden Negativfolgen dann gerechterweise persönlich, ggf. auch finanziell („Risikozuschläge“) zurechnen lassen<sup>2</sup>. Von gesundheitspolitisch motivierten Kampagnen zur Arbeitszeitverkürzung wegen „zu viel gesundheitsschädlicher Arbeit“ ist dagegen nichts zu vernehmen – das Gegenteil wird dafür um so vehementer eingefordert, womit sich die Sorge um die Volksgesundheit als ökonomisch berechnende und damit zugleich sehr selektive Angelegenheit darstellt.

Schmidt-Semisch kritisiert in diesem Zusammenhang die in der individualisierenden Präventionslogik enthaltene Grundannahme und Zielvorstellung, „dass Krankheit grundsätzlich vermeidbar sei, wenn das Individuum nur ein ausreichendes Informations- und Risikomanagement betreibt und einen adäquaten Lebensstil pflegt. Die Betonung der Eigenverantwortung der nun ‚ausgebildeten Kranken‘ folgt dem ökonomischen Imperativ der Kostenminimierung: Die Folgen gesundheitlich riskanter oder fahrlässiger Verhaltensweisen sollen nicht von der Gemeinschaft, sondern müssen vom Einzelnen selbst getragen werden. In den USA hat das Risikoverhalten inzwischen bereits direkten Einfluss auf die sozialen Partizipationschancen des Individuums: Gesundheitsgefährdende Gewohnheiten sind dort ein potenzieller Entlassungs- bzw. Nichteinstellungsgrund: Wer zum Beispiel raucht, fliegt raus oder erhält erst gar keinen Job. ‚Lifestyle discrimination‘ heißt das in der Alltagssprache.“ (Schmidt-Semisch 2004, S. 225).

Dieser Standpunkt ist vom Unternehmensinteresse nachvollziehbar, denn einem Menschen kann aufgrund einer Krankheit nicht nur im Betrieb die Verfolgung seiner Interessen verwehrt sein. Je nach Schwere des Krankheitsbildes kann für ihn vielleicht alles und folglich auch das Arbeiten unmöglich sein. Dennoch stellt für einen Erwerbsfähigen ein intakter Körper erst einmal nicht mehr als die bloße Bedingung dar, sich berufliche Ziele setzen und diese realisieren zu können. Für den gesunden Menschen muss darüber hinaus aber vor allem von Interesse sein, *was* für ihn mit einer funktionsfähigen Physis als notwendiger, gleichwohl eben nicht hinreichender Voraussetzung dann auf dem Arbeitsmarkt wirklich anzufangen ist. Einige zusätzliche Umstände, sachliche Bedingungen und Mittel über die Gesundheit hinaus sind schon nötig, was viele auf Arbeit angewiesene Menschen dauerhaft erfahren müssen, die „zwar gesund“, aber deshalb eben noch lange nicht beschäftigt sind.

Dieses Ergebnis ist um so bemerkenswerter als die gegenwärtigen Voraussetzungen und Bedingungen vom technologischen Entwicklungsstand der Produktion her das Potenzial bieten, sich die notwendige Arbeit, die Anstrengungen also, die zur Bestreitung des eigenen Lebensunterhalts unabdingbar sind, so kurz, kräftesparend und damit auch gesundheitsschonend wie nie einzurichten. Auch die materiellen Bedürfnisse – dazu gehören auch medizinische Güter und Dienstleistungen – wären gleichzeitig relativ problemlos zu befriedigen: Ständig neue Produktivitätsrekorde, Meldungen über einen weltweit gesteigerten Güteroutput auf Basis des technologischen Fortschritts besonders auch im Bereich der Medizintechnik und der Pharmakologie belegen zumindest, dass die parallel existierende Armut nicht im absoluten Mangel am Lebensnotwendigen bzw. den Mitteln ihrer Herstellung begründet liegt.

## **Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit: Gesundheit und betriebliche Arbeitsbedingungen**

Die Arbeitsbedingungen waren in den frühkapitalistischen Produktionsstätten so beschaffen, dass zunehmende Teile der Arbeitsbevölkerung durch die Arbeitsumstände wenn nicht gefährdet, so doch im Hinblick auf die Wahrnehmung der sonstigen staatsbürgerlichen Aufgaben (etwa dem Militärdienst) zunehmend ungeeignet waren. Dauerhaft krank machende, u.U. sogar lebensgefährliche Arbeitsbedingungen bildeten die Grundlage, von der aus dann übergeordnete politische, d.h. „volksgesundheitliche“ Erwägungen zum Schutz der Arbeitsbevölkerung angestellt wurden. Diese mündeten historisch in Maßnahmen zur Verbesserung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes: „Alle späteren sozialpartnerschaftlichen Entwicklungen und dazu gehört auch die betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer gegenwärtigen Form, ruhen auf diesem Fun-



dament der staatlichen Regelung eines grundlegenden gesellschaftlichen Interessenkonflikts im Umgang mit der menschlichen Arbeitskraft“ (Kuhn 2001, S. 46). Der Sinn gesundheitspolitischer Eingriffe besteht nicht einfach in der Verhinderung der Zerstörung des physischen Arbeitsvermögens durch Überbeanspruchung, sondern zugleich in der Gewährleistung ihres Erhalts. Entsprechende Arbeitsschutzbestimmungen sorgen so für den Fortgang ihres Einsatzes, insofern nicht Schonung *statt* Verschleiß gesetzlich angeordnet wird, sondern die Rücksichtnahme bzw. Vorsicht *bei* der erlaubten Anwendung des Arbeitsvermögens. Dies gilt z.B. auch für den Erlass sogenannter „Grenzwerte“, wo zwei – der Sache nach nicht kompatible – Standpunkte zugleich Berücksichtigung finden sollen: Die gesundheitliche Integrität derer, die produktionsbedingte Emissionen am Arbeitsplatz auszuhalten haben, und das wirtschaftliche Interesse derjenigen, für die Schutzmaßnahmen Kosten und damit Gewinneinbußen bedeuten. So kommen Belastungswerte zustande, die dem Geschädigten an Belastung nur soviel ersparen, dass er nicht sofort arbeitsunfähig wird, sondern wegen der ergriffenen Schutzmaßnahmen im besten Fall erst im Alter bzw. nach Ende seines Erwerbslebens gesundheitlich darunter leidet.

## **Gesundheitliche Auswirkungen alter und neuer Produktionskonzepte**

Derartige Auflagen und Beschränkungen haben die Verhältnisse, die sie erst nötig machten, in der Folge nicht beseitigt, sondern auf der Seite der Unternehmen einen anderen Umgang mit ihnen erzwungen. Die „wissenschaftliche Betriebs- und Arbeitsorganisation“ widmete sich der Entwicklung optimaler, d.h. möglichst effektiver körperlicher Bewegungsabläufe durch eine weitgehende Arbeitsteilung sowie die Auswahl geeigneter Arbeiter für spezifische Verrichtungen („Selektion“ auf Basis des „one-best-way-Prinzips“). Ziel war letztlich die vollständige Akkommodation des Faktors Arbeit an die mechanischen Produktionsbedingungen durch Konditionierung, die unterstellt, dass „Arbeiter ähnlichen Gesetzen wie die Teile einer Maschine gehorchen“ (Taylor 1911). Am tayloristischen Konzept wurde neben der „totalen Fremdbestimmung“ durch das Management besonders die fortschreitende „Entfremdung“ von den Inhalten des Arbeitsprozesses und einer „Verschwendung von intellektuellem Potenzial“ durch Vereinseitigung und Reduzierung der Tätigkeiten kritisiert, die sich für die Betroffenen als körperlich extrem belastend und zugleich geistig abstumpfend darstellten. Dass diese Kritik inhaltlich nicht zutreffend ist, weil Taylor selbst sich ausdrücklich dem „Studium der Motive, welche den Arbeiter in seinem Tun beeinflussen“, gewidmet hat, wurde ausführlich von Stahl (1984, S. 92 f.) nachgewiesen. Letztlich waren es aber weniger die unmittelbaren Interessen derjeni-

gen, die unter diesen Arbeitsbelastungen litten, als die produktionstechnischen Limitierungen – besonders der mit hohen Kosten verbundene Administrations- und Überwachungsaufwand sowie die mangelnde Flexibilität und damit wirtschaftliche Effektivitätsschranken – die zur Entwicklung von Gegenkonzepten führten (Stahl 1984, S. 106f.).

Der „Human-Relations-Ansatz“ und seine Weiterentwicklung im „Human-Resources-Management“ sowie jüngere auf Zielvereinbarungen basierende „Management by ...-Konzepte“ (MbO, MbD, MbE) entwickelten sich als kritische Reaktion auf den Taylorismus in den 1930er Jahren. Das zentrale Interesse sollte weniger den materiellen Produktionsbedingungen als vielmehr dem „Produktionsfaktor Mensch“, genauer seinem Verhalten im Betrieb gelten (Roethlisberger und Dickson 1939; Mayo 1933 und 1945). Im idealisierenden Bild der „Betriebspartnerschaft“ sollten die Managementaufgaben weniger im Bereich der „technischen Planung und Kontrolle“ als vielmehr im Kontext von „Moderation und Vermittlung“ bei der Mitarbeiterführung angesiedelt sein. Die Hauptaufgabe des Managements bestand in der Beschäftigung mit den Bedürfnissen und d.h. mit der körperlichen und seelischen Verfassung der Belegschaft. Diesbezügliche Veränderungen der Arbeitsumstände betrafen deshalb vor allem die „mitarbeiterfreundliche“, motivations- und damit zugleich produktivitätsfördernde Umgestaltung der Arbeitsumgebung und des Arbeitsprozesses. Maßnahmen, die in Deutschland in den 1970er Jahren unter dem besonders von den Gewerkschaften geprägtem Schlagwort der „Humanisierung der Arbeitswelt“ bekannt wurden.

Neuere Produktionskonzepte nehmen diesen Gedanken auf und betonen die „ganzheitliche Nutzung“ der Arbeitskraft. Die Auseinandersetzung darüber, ob man den betrieblichen Anspruch, den Mitarbeiter möglichst „vollständig“ nutzen zu wollen, eher als positive Verheißung i.S. einer Berücksichtigung seiner Interessen oder schlicht als Drohung i.S. seiner Verwendung „mit Haut und Haaren“ zu interpretieren hat, belegt die inhaltliche Ambivalenz auch dieser Konzepte. „Lean Management“ (Womack et al. 1994), „Business Reengineering“ (Hammer & Champy 1996), „(teilautonome) Gruppen- und Projektarbeit“ (Antoni 1994), „Qualitätszirkel und Kaizen“ (Imai 1994) sowie die Gestaltung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse im Rahmen eines „Total Quality Management (TQM)“, die über eine verstärkte Mitarbeiterpartizipation die Flexibilisierung und Rationalisierung der objektbezogenen Arbeit anstreben, nehmen wegen der mitarbeiterfreundlichen Form der Arbeitsgestaltung schließlich nicht Abschied vom Ziel der Gewinnerzielung für die Eigner des Unternehmens. Sie stellen sich vielmehr die anspruchsvolle Aufgabe, den nach wie vor gültigen Gegensatz von Arbeit und Kapital darüber aufzulösen, dass die lohnabhängigen Beschäftigten diesen Unterschied für sich letztlich dadurch überwinden sollen, dass sie das betriebliche Interesse – als zumindest gedachter „Mitunternehmer“ – schlicht zu ihrem persönlichen Anliegen machen: „Indem die Mitarbeiter einen

Wertschöpfungsbeitrag eigenverantwortlich generieren, werden die wirtschaftlichen Ziele des Unternehmens zu den Zielen der Mitarbeiter“ (Lacher 2004, S. 19).

Die Organisation von Projektarbeit und -teams radikalisiert diesen Anspruch über die eigentliche Intention des Konzepts teilautonomer Gruppenarbeit hinaus, das z.B. Volvo in Schweden in den 1970er Jahren eingeführt hatte. Während die Gruppenfertigung in der Automobilindustrie noch mittelbar an den Takt des Fließbandes gekoppelt blieb und die Arbeitsgruppen vor allem nicht nur für eine Aufgabe von begrenzter Laufzeit zusammengestellt wurden, bilden Projektteams „Unternehmen auf Zeit“. Sie organisieren die an sie delegierten Aufgaben und Arbeitsabläufe eigenverantwortlich, bilden in wirtschaftlicher Hinsicht „Profit-Center“ und fungieren damit als „Schulen zur Förderung des unternehmerischen Denkens“. Den alleinigen Kulminationspunkt bildet das gemeinsam erstellte und verantwortete Endprodukt. Die Projektarbeit endet, anders als die Gruppenfertigung, auch nicht bei Schichtwechsel, sondern erst, wenn das Projektziel erreicht ist (vgl. Bröckling 2005).

Mit der Selbstständigkeit wächst allerdings auch der Erwartungs- und Erfolgsdruck auf die Teammitglieder bzw. zugleich der produktivitätsfördernde Gruppenzwang, manchmal bis zum Mobbing, weil jeder Einzelne im Positiven wie im Negativen für das Gesamtergebnis verantwortlich ist und alle anderen immer daran misst, sich selbst umgekehrt allerdings auch ständig daran messen lassen muss. Konstitutiv für die Arbeitsgruppe ist somit „das seltsame Verhältnis einer verzweckten Solidarität von Konkurrenten“ (Stahl 1984, S. 177): „Hier wirkt der Modus der Selbstzuschreibung, der die Probleme nicht in der Schrankenlosigkeit des Wettbewerbs, sondern in der eigenen Person verortet [...] Neu ist, dass sich dieser Modus der Selbstzuschreibung nicht nur bei Managern und qualifizierten Angestellten, sondern auch bei Produktionsarbeitern findet. So sehen Fertigungsgruppen, die in einem System aus realen oder inszenierten Marktzwängen und ausgehandelten Zielvereinbarungen agieren, mitunter die Schuld bei sich, wenn sie die vereinbarten Ziele nicht erreichen“ (Dörre 2003, S. 20).

Projektarbeiter haben folglich ihren beruflichen wie persönlichen Alltag weit über Kern- bzw. Regelarbeitszeiten hinaus im diskontinuierlichen Rhythmus der Antrags-, Präsentations- und Abschlusstermine zu taktieren. Privat- und Arbeitsleben sind darüber immer weniger auseinander zu halten (vgl. Gottschall & Voß 2003 und Harten 2005), weshalb der Erhalt der „work life balance“ zu einer eigenen, zusätzlichen und dabei zeit- und ressourcenaufwendigen Anstrengung wird (vgl. Badura et al. 2004 und Russel Hochschild 2002), die wegen des qualitativen und quantitativen Anforderungsniveaus nur in Ausnahmefällen gelingen kann: „Eher direkte gesundheitliche Auswirkungen extensiver und irregulärer Arbeitszeiten können in Schlaf- und Erholungsdefiziten, psychosomatischen Störungen

sowie Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung bestehen. Wir haben darüber hinaus eine Reihe von Hinweisen gefunden, dass die Wahrnehmung einer misslingenden *work life balance* im Kontext flexibler Arbeit eine verbreitete und ernst zu nehmende Stressquelle darstellt“ (Pröll 2003, S. 41; Herv. i. O.). Mit der Herstellung dieser „balance“ ist dabei i.d.R. die Anpassung der zeitlich knapp bemessenen Erholungs- und Freizeitaktivitäten an die ständig wachsenden „Anforderungen des Arbeitslebens“ gemeint – und nicht umgekehrt. Wenig verwunderlich erscheint es daher auch, dass die „bewusste Ausklammerung voraussetzungs- und anspruchsvoller sozialer Bindungen (feste Partnerschaften, Familie, Kinder) aus (der) flexibilitätsgeprägten, individualistisch-erwerbszentrierten Lebensplanung“ (Pröll 2003, S. 41) als eine Form des Umgangs mit dieser Anforderung beschrieben wird.

Weil Projektarbeit dem Einzelnen nicht nur Ordnung, Fleiß und Sauberkeit im Allgemeinen und korrekte Erfüllung der aufgetragenen Pflichten im Besonderen abverlangt, reichen ein System disziplinärer Kontrolle, das mit monetären Anreizen kombiniert ist, sowie bessere Karriereaussichten als Mittel der „Mitarbeiterbindung“ nicht aus. Wenn der „ganze Mensch“ gefordert ist, dann muss sich auch seine (Selbst-)Zurichtung auf die gesamte Persönlichkeit erstrecken (Bröckling 2005, S. 379; ausführlich Kastner 2003). Damit rückt er letztlich wieder einen Schritt näher an das betriebliche Ideal des „selbstverantwortlichen Arbeitskraftunternehmers“ heran: „Flexibilisierung führt per definitionem dazu, dass Marktanforderungen und Kundenwünsche direkt, ohne raum-zeitliche Restriktionen und organisatorische Puffer, als Leistungsanforderung auf die produktive Ebene ‚durchgestellt‘ werden. Die Arbeitskraft wird dann selbst zum Puffer, sie muss stochastische Schwankungen der Leistungsanforderungen (Eilaufträge, Sonderwünsche etc.) mit individuellen Ressourcen bewältigen. Mit sinkender Kontrolle über den Arbeitsablauf wächst die Gefahr problematischer Behinderungen psycho-physiologischer Rückstellungsprozesse: Die natürliche Allostase, das Pendeln des Organismus zwischen Zuständen der Aktivierung und der Regeneration, kann dadurch chronisch gestört werden“ (Pröll 2003, S. 40).

Der Gesundheit ist diese Entwicklung insgesamt nicht zuträglich, auch wenn die Betroffenen selbst die eigenverantwortliche Bewältigung der zusätzlichen Belastungen wie bereits angedeutet als „größere persönliche Freiheit“ erleben und deshalb bestrebt sind, ihr Engagement für das Unternehmen zumindest anfangs noch weiter zu erhöhen. Genau so ist es von den Initiatoren der neuen Betriebsführungsmodelle schließlich auch gemeint, jedenfalls solange, bis den Betroffenen eine berufsbedingte Erkrankung die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit praktisch aufzeigt und sie dadurch wie erläutert Ausfallkosten verursachen:

„Die Problematik der enttaylorisierten Arbeit besteht nicht mehr in der brachialen Unterdrückung und Missachtung menschlicher Möglichkeiten nach altem Muster, sondern in ihrer Vereinnahmung, Instrumentalisierung und möglichst ‚sanfter‘ Be-

schränkung auf das betriebliche funktionale Maß. Statt auf äußere setzt man auf innere Disziplinierung, statt durch Anweisungen führt man durch ‚management by objectives‘. Man kontrolliert nicht einzelne Arbeitsabläufe, sondern nur noch deren Ergebnisse. Man definiert Leistungsansprüche zu fachlichen oder persönlichen Herausforderungen und das Nichterreichen der betrieblichen Ziele wird zum persönlichen Versagen. Wenn abhängig Beschäftigte unternehmerische Verantwortung übernehmen sollen, ist dies immer eine hochgradig ambivalente Anforderung. Burnout, Stress, Versagensängste, innere Zerrissenheit, Erschöpfungszustände usw. sind oft die gesundheitlichen Folgen. Charakteristisch für die neuen Arbeitsformen ist also die Ambivalenz von größeren Handlungsspielräumen (im Rahmen systemischer Vorgaben) bei gleichzeitig erhöhten psychischen Belastungen. Die undifferenzierte Rede von ‚mehr Autonomie‘ und ‚mehr Verantwortung‘ als ausschließlich positiv konnotierten Gestaltungszielen verdeckt dieses Problem [...] autonom in einem gesundheitswissenschaftlichen Sinn sind Menschen ja nicht schon dann, wenn sie selbst darüber entscheiden dürfen, wie sie die fremd gesetzten Unternehmensziele erreichen wollen“ (Kuhn 2001, S. 47).

## Gesundheitliche Folgen „prekärer“ Beschäftigung

Die andere, unfreiwilligere Form der Handlungsautonomie seitens der Beschäftigten ergibt sich aus der zunehmenden „Aufweichung des (noch) konstitutiven Normalarbeitsverhältnisses“ (Bontrup 2005, S. 123). Der kleinste gemeinsame Nenner für die Definition der „Normalität“ von Arbeitsverhältnissen besteht darin, dass diese i.d.R. zumindest unbefristet und auf regulärer arbeitsvertraglicher Basis abgeschlossen werden und als tariflich bezahlte und mit festen, regelmäßigen Arbeitszeiten ausgestattet sind. Als „prekär“ können demgegenüber Beschäftigungsformen wie unbezahlte (Dauer-)Praktika, parallele Mehrfachbeschäftigungen, bestimmte Formen der Leiharbeit, Kombinationen von nicht Existenz sichernder Arbeit und Sozialleistungsbezügen („working poor“), Scheinselbstständigkeit, bis hin zu kriminellen Varianten der Ausbeutung im Rahmen der Beschäftigung von sogenannten „Schwarzarbeitern“ gelten, wobei die Übergänge zwischen diesen Formen fließend sind bzw. diese auch in Kombination vorkommen können (ausführlich Blanke 2002; Brookmann & Hagen 2005 und Strengmann-Kuhn 2003). Insgesamt nehmen folglich atypische Beschäftigungsverhältnisse und damit „unsichere, weil auf Widerruf gewährte und daher heikle Erwerbsarbeit“ (Brinkmann et al. 2006, S. 16) zu.

Sie ist in der wachsenden Grauzone angesiedelt, die sich zwischen zeitweiliger Patchwork-Arbeit – ggf. parallel bei mehreren Arbeitgebern – und Phasen der Unterbeschäftigung bzw. der Arbeitslosigkeit etabliert hat. Erst im Vergleich mit den schlechteren Bedingungen „prekärer Arbeit“ erscheint das Normalarbeitsverhältnis als erstrebenswerter Status, wohingegen davon abweichende Verhältnisse als negativ gekennzeichnete Ausnahme gelten sollen. Damit wird ausgeblendet, *was* ein derart „geregeltes“ Arbeitsverhältnis eigentlich zum Inhalt

hat: die alltägliche Benutzung des Arbeitsvermögens im ökonomischen Interesse seiner Anwender. Dies schließt der Sache nach Kalkulationen bezüglich der Arbeitskosten (Lohnhöhe, Arbeitszeit, ggf. gesundheitlich belastende Arbeitsumstände etc.) ein, die etwa in tarifvertraglich abgesicherten Beschäftigungsverhältnissen genauso wenig deren Verschlechterung wie (Massen-)Entlassungen und damit die Außerlohnsetzung verhindert haben. Als „prekär“ erscheint die Existenz lohnabhängig Beschäftigter damit grundsätzlich, weil sie hinsichtlich ihres Selbsterhalts regelmäßig abhängig von fremden Kalkulationen mit ihr ist.

Darüber hinaus stellen „prekäre“ Beschäftigungsverhältnisse an sich kein Novum dar: „Im globalen Maßstab waren und sind sie bis heute die Regel [...]. Neu an der Debatte sind also nicht ihre Sachverhalte, neu ist die Tatsache, dass diese die urbanen Mittelschichten ergriffen haben“ (Gross 2006, S. 41). Das Vermögen zu einer längerfristig ausgerichteten Lebensplanung ist bei diesen Beschäftigungsformen zwar nicht verloren gegangen, es besteht aber die mehr oder minder begründete Befürchtung, „dass die für eine realistische Zukunftsplanung notwendige wirtschaftliche Kalkulationsgrundlage abhanden kommen könnte“, sodass von einem „über den Tag hinausreichenden Lebensplan im Grunde keine Rede mehr sein (kann)“ (Brinkmann et al. 2006, S. 59). Insbesondere der Druck einer hohen Arbeitslosigkeit sorgt dafür, dass sich qualitative und dazu gehören auch gesundheitliche Arbeitsansprüche kaum noch Geltung verschaffen können. Wenn die Existenz unsicher geworden ist, treten Entfernungen zur Arbeit, Monotonie oder schlechte Behandlung als Gründe für Unzufriedenheit subjektiv in den Hintergrund: „Es dominiert die Sorge um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes, so widerwärtig er auch sein mag“ (Bourdieu 2000, S. 72; zit. nach Brinkmann et al. 2006, S. 63), wobei sich gerade prekäre Beschäftigungsverhältnisse „[...] durch erhebliche ‚Risikokumulationen‘ auszeichnen. Hier vereinen sich körperlich belastende Arbeitsbedingungen und -umwelten häufig mit monotonen Tätigkeiten, die wenig Raum für persönliche Entwicklung bieten“ (Brinkmann et al. 2006, S. 63).

Dies gilt aber nicht für alle Formen dieser Beschäftigung, denn von Gleichförmigkeit kann bei diesen häufig gerade keine Rede sein. Im Gegenteil, denn die so Beschäftigten sind eben im schlechten Sinne „autonom“, d.h. immer weniger abhängig von einem bestimmten Unternehmen, aber trotzdem ebenso grundsätzlich auf den Verkauf des Arbeitsvermögens angewiesen und deshalb rastlos auf der Suche: „Folglich müssen sie sich hoch mobil verhalten, sich kurzzyklisch auf neue Arbeitsanforderungen und ein verändertes betriebliches Umfeld einstellen. Sie müssen ihrer Tätigkeit besonders engagiert nachgehen, um vorzeitige Entlassungen zu vermeiden“ (Brinkmann et al. 2006, S. 64). Die Autoren führen weiter an, dass die Abwägung zwischen bzw. die Kombination von beruflicher Flexibilität und ökonomischer bzw. sozialer Absicherung („flexicurity“, vgl. Kronauer & Linne 2005) prekär Beschäftigter insofern vom „Markt“, d.h. genauer von der

flexiblen Betriebsorganisation und damit korrespondierenden Managementkonzepten erzwungen werde. Den Betroffenen mangelt es an materiellen Ressourcen, an Qualifikationen und auch an gesellschaftlichen Positionen, die nötig wären, um sich zu „Unternehmern ihres eigenen Lebens“ machen zu können. Auch dem Selbstbewusstsein der Protagonisten einer „digitalen Boheme“, die ein „intelligentes Leben jenseits der Festanstellung“ (Friebe & Lobo 2006) propagieren, merkt man letztlich an, dass hier eher die Not zur Tugend erklärt wird, also die Idealisierung der ökonomischen Zwänge stattfindet, die gerade den Ausgangspunkt derartiger Überlegungen bilden. So wird die aus der ökonomischen Alternativlosigkeit resultierende Pflicht, mit dem Verkauf seines Arbeitsvermögens Geld verdienen zu müssen, in die gelungene persönliche Chancenwahrnehmung einer frei gewählten beruflichen Selbstverwirklichung umgedeutet.

Es ist deshalb auch nachvollziehbar, weshalb das Leitbild des „Arbeitskraftunternehmers“ (Voß & Pongratz 1998) aus der Perspektive prekär Beschäftigter eine höchst problematische Konnotation besitzt:

„Arbeitskräfte in unsicherer Beschäftigung agieren insofern als Unternehmer ihres eigenen Arbeitsvermögens, als sie beständig abwägen müssen, wie sie ihre beschränkten Ressourcen so einsetzen können, dass sich ihre Lage einigermaßen stabilisiert. Viele von ihnen entwickeln dabei sogar eine gewisse Findigkeit im Umgang mit Flexibilitätsanforderungen. Unternehmerisch im Schumpeterschen Sinne können Sie jedoch nicht handeln. Für Schumpeter zeichnet sich der Unternehmertypus dadurch aus, dass er Innovationen in Wirtschaft und Gesellschaft *durchsetzt*. Eben diese Durchsetzungsmacht fehlt den ‚Prekariern‘. Ihre Flexibilität wird vom ‚Markt‘, genauer: von der flexiblen Betriebsorganisation und damit korrespondierenden Managementkonzepten *erzwungen*. Positive Flexibilisierungserfahrungen sind in diesen Segmenten kaum möglich, sie bleiben Gruppen vorbehalten, die sich aufgrund ihrer Qualifikation und ihrer Arbeitsmarktchancen eine ‚frei gewählte Instabilität des Arbeitsverhältnisses‘ leisten können“ (Brinkmann et al. 2006, S. 64; Herv. i. O.).

Auch ähnlich gelagerte Vorschläge von professionellen „Lebens- und Gesundheitsberatern“, sich das eigene (Arbeits-)Leben mittels „downshifting“ (Drake 2001), also durch weniger (belastende) oder andere Arbeit, durch den Wechsel des Arbeitsplatzes oder des Berufsfeldes etc. doch einfach „angenehmer und damit lebenswerter“ zu gestalten, unterstellen eine Handlungsfreiheit bezüglich der eigenen persönlichen und beruflichen Umstände, über welche die angesprochenen Betroffenen i.d.R. gerade nicht verfügen. Abgesehen davon, dass die verringerte Belastung durch Einkommensverluste erkaufte werden muss, die sich viele eben nicht leisten können, weshalb die Abwägung zwischen Geld und Gesundheit im Ergebnis nicht selten gegen die letztere ausfällt. In den Einkommensklassen wiederum, die zeitlich und finanziell dazu in der Lage sind, sich aktiv um ihr Wohlergehen kümmern zu können, stellt sich die Frage des „downshifting“ deshalb vergleichsweise weniger drängend, weil man sich hier Arbeitsinhalte und -zeit sowie entspannende Freizeit selbstbestimmt etwas freier einteilt.



len kann. Auch die Realisierung der „work life balance“ mag hier noch eher gelingen, etwa, weil Teile der Arbeit in die Freizeitgestaltung integriert werden. Inklusive der obligatorischen Geschäftsbesprechungen auf dem Golfplatz oder in sonstiger angenehmer Atmosphäre kommen so die für den unvoreingenommenen Betrachter erst einmal erstaunlichen Wochenarbeitszeiten von 60 oder mehr Stunden zustande, die kein unter Akkorddruck stehender Fabrikarbeiter dauerhaft durchstehen würde.

## Arbeitslosigkeit, aktivierende Arbeitsmarktpolitik und Gesundheit

Diese qualitativ wie quantitativ ständig anspruchsvolleren „Anforderungen der Arbeitswelt“ machen einen Großteil der Betroffenen krank und erhebliche Teile der arbeitenden Bevölkerung leiden so am geschilderten Einsatz von Körper und Geist, der sich für sie als permanente Vernutzung ihrer physischen wie psychischen Kräfte geltend macht. Arbeitslose leiden demgegenüber an der nicht stattfindenden Benutzung ihres Arbeitsvermögens. Arbeitslosigkeit bedeutet dabei einerseits tatsächlich eine Entlastung von den belastenden und ggf. krankmachenden Umständen der Berufswelt, weshalb mancher Arbeitslose *diesem* Aspekt seiner Arbeitslosigkeit anfangs verständlicherweise durchaus Vorteile abgewinnen kann. Diese werden dann i.d.R. allerdings schnell durch die krankmachende Sorge um die persönliche, d.h. ökonomische Existenz konterkariert (vgl. schon Jahoda u.a. 1933). Gesund(er) macht der – dazu häufig unfreiwillige – Ausstieg aus dem Arbeitsleben also nicht: 1.) weil der durch jahrelangen Arbeitseinsatz verursachte, also bereits eingetretene Verschleiß nicht rückgängig zu machen bzw. ohne weiteres zu kompensieren ist; 2.) weil diese Entlastungen wiederum Belastungen durch die Arbeitslosigkeit mit sich bringen, weshalb Arbeitslose auch häufiger und – bezogen auf die vorherrschenden Krankheitsbilder – vor allem anders krank sind als Beschäftigte (Pröll 2004, S. 15).

Das Aktivierungsparadigma (Dollinger & Raithel 2006) – besonders in der Arbeitsförderung nach „Hartz“ (Buestrich 2006) – schließt hier an, wenn es die Betroffenen zu vermehrter, präventiv wirkender Eigeninitiative auffordert, damit es erst gar nicht soweit kommt, dass jemand durch eine länger andauernde Arbeitslosigkeit krank wird und darüber langfristig seine Beschäftigungsfähigkeit einbüßt. Diese Aufforderung unterstellt damit zugleich, dass – in Anlehnung an die (neo-)klassische Wirtschaftstheorie – „genügend Arbeitsstellen“ vorhanden seien, diese aber von den Arbeitslosen (finanziell) für unattraktiv befunden und deshalb nicht angenommen werden. Die ökonomische Theorie spricht folglich von „freiwilliger Arbeitslosigkeit“ (Franz 2003), weshalb Arbeitslose – notfalls auch unter Sanktionsandrohung – eben dazu „aktiviert“ werden müssten,



Stellen auch in schlecht(er) bezahlten Segmenten des Arbeitsmarktes zu suchen und anzunehmen.

Den Anspruch, sich als Arbeitnehmer zum Subjekt der Bedingungen von Beschäftigung zu machen, auf die man als abhängige Variable des Arbeitsmarktes wenig Einfluss besitzt, treibt das – aktuell reformierte – Konstrukt der „Ich-AG“ dabei auf die Spitze. Sachlich handelte es sich um eine Variante der finanziellen Unterstützung bei der Überbrückung des Zeitraumes, in dem Arbeitssuchende eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufnehmen. Problematisch ist, dass die Gründungsentscheidung dabei i.d.R. nicht aus der unternehmerischen Freiheit resultiert, auf eine überschüssige Geldsumme, also auf schon vorhandenes Kapital zurückgreifen zu können, um durch ihre Investition (mehr) Geld verdienen zu wollen, sondern aus der Not des Arbeitslosen resultiert, gerade nicht über die entsprechende Finanzausstattung zu verfügen. Dass Arbeitslose trotzdem die Option der Selbstständigkeit im Blick haben, liegt in der Natur der Sache, insofern sie sich selbst und ggf. „mithelfende Familienangehörige“ bis zur Belastungsgrenze und darüber hinaus strapazieren, also die einzige Ressource in Anspruch nehmen, auf die alle Beteiligten freien Zugriff haben, nämlich ihre Arbeitskraft. Mit entsprechenden Folgen: „Im Klartext läuft solche Arbeitselastizität auf eine gesundheitlich riskante Bereitschaft zur Selbstausschöpfung und eine Bedrohung der gesundheitlichen Nachhaltigkeit der selbstständigen Existenz hinaus“ (Pröll 2004, S. 54). Als größter und zugleich unmittelbar zu beeinflussender Posten erscheinen dabei regelmäßig die eigenen Lohnkosten, weshalb in ihrer Senkung auch der wichtigste Hebel zur Besserung der wirtschaftlichen Lage liegt, z.B. indem man sich die Krankenversicherungsbeiträge „spart“, weil man sie sich nicht leisten kann. Mancher Existenzgründer wird darüber dauerhaft krank und besiegelt seine Lage damit auch wirtschaftlich endgültig, insofern er sein „wichtiges Kapital“ – sein Arbeitsvermögen, das eben im Wesentlichen auf der vollen Leistungsfähigkeit seines Körpers basiert – ruiniert.

Die „aktivierende Arbeitsmarktpolitik“ und eine auf „mehr Eigenverantwortung“ ausgerichtete Gesundheitspolitik formulieren insofern die gleiche, für die Betroffenen aus eigener Kraft und mit eigenen Mitteln schwierig einlösbare Aufgabe, die an ihnen hergestellten Resultate durch vermehrte „Eigeninitiative“ zu kompensieren. Sei es bei der anstrengenden Suche nach Arbeitsplätzen, die es nicht gibt. Sei es als mehr oder weniger freiwillige „Unternehmer“ in eigener Sache, nicht selten allerdings, ohne die nötigen persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen dafür mitzubringen. Schließlich auch beim betrieblich und/oder privat organisierten Erhalt bzw. der Wiederherstellung der eigenen Gesundheit, die von den Betroffenen immer so dringend gebraucht wird, weil sie von anderen ständig verbraucht wird.

## Anmerkungen

- 1 Das personalwirtschaftliche Optimierungsproblem besteht in diesem Fall darin, die Bereitschaft der „Hochleister“ im Eigeninteresse nicht überzustrapazieren (drohender „burnout“!) und den Mitarbeiter deshalb zeitweilig auch in seinem Tatendrang zu bremsen: Ist er wegen Überarbeitung zu oft und zu lang krank, zahlt sich sein erhöhtes Engagement nicht mehr aus. Vergleiche zu „ökonomischen Aspekten gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb“ Ahrens 2004 und Köper 2006.
- 2 Die Einspareffekte sind dabei nur vordergründig eindeutig. So verweist Gerlinger (2006, S. 228) darauf, dass „die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aus finanziellen Gründen unterbleibt oder erst mit Verzögerung erfolgt [...] Das mag in vielen Fällen keine negativen Folgen auf die Gesundheit haben, kann aber auch zur Verschleppung bzw. Chronifizierung von Krankheiten führen.“ Ein weiteres Problem bestehe darin, dass mit der Höhe der Zuzahlung zwar auch die Inanspruchnahme von Leistungen sinke, „dabei verzichten Personen mit einer Kostenbeteiligung aber gleichermaßen auf unwirksame wie auch auf wirksame Leistungen. Es ist also nicht davon auszugehen, dass die Kostenbeteiligung ausschließlich zu einem Verzicht auf überflüssige bzw. nicht wirksame Leistungen führt“ (ebd.).

## Literatur

- Ahrens, D. (2004). Ökonomische Aspekte gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb. In: Ahrens, D. & Güntert, B. (Hg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung (S. 191–221). Baden-Baden: Nomos.
- Antoni, C. H. (Hg.) (1994). Gruppenarbeit in Unternehmen. Weinheim: Beltz.
- Badura, B., Schell Schmidt, H., Vetter, C. (2004). Fehlzeiten-Report 2003. Work-Life-Balance – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.
- BKK Bundesverband (Hg.) (2005). BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen: BKK Bundesverband.
- Blanke, T. (2002). Handbuch neue Beschäftigungsformen. Baden-Baden: Nomos.
- Bontrup, H.-J. (2005). Arbeit, Kapital und Staat. Plädoyer für eine demokratische Wirtschaft. Köln: PapyRossa.
- Bourdieu, P. (2000). Die zwei Gesichter der Arbeit. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Brinkmann, U., Dörre, K., Röbenack, S. (2006). Prekäre Arbeit – Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bröckling, U. (2005). Projektwelten – Anatomie in einer Vergesellschaftungsform. *Leviathan*, 3, 364–383.
- Brookmann, B. & Hagen, T. (2005). Befristete und andere „atypische“ Beschäftigungsverhältnisse. Wird der Arbeitsmarkt funktionsfähiger? *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung (ZAF)*, 38, 305–325.
- Buestrich, M. (2006). Aktivierung, Arbeitsmarktchancen und (Arbeits-)Moral. Arbeitsmarktpolitik zwischen „Sozial ist, was Arbeit schafft“ und „Du bist Deutschland“. *Neue Praxis*, 4, 435–449.

- Dollinger, B. & Raithel, J. (Hg.) (2006). *Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dörre, K. (2003). Zwischen Freisetzung und Prekarisierung. Arbeitspolitik im flexiblen Kapitalismus. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 39, S. 10–31.
- Dragano, N. & Siegrist, J. (2006). Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen – die gesundheitlichen Konsequenzen. In Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2005 – Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit* (S. 93–125). Berlin: Springer.
- Drake, John D. (2001): *Downshifting. How to work less and enjoy life more*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers
- Elkeles, T. (1999). Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt*, 6, 150–155.
- Ferrie, J. E. (2006). Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit. In Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2005 – Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit* (S. 167–185). Berlin: Springer.
- Franz, W. (2003). *Arbeitsmarktökonomik*. Berlin: Springer.
- Friebe, H. & Lobo, S. (2006). *Wir nennen es Arbeit. Die digitale Boheme oder intelligentes Leben jenseits der Festanstellung*. München: Heyne.
- Gerlinger, T. (2006). Direkte Kostenbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein sinnvolles Instrument? *WSI-Mitteilungen*, 4, 227–230.
- Göbel, E. & Kuhn, J. (2003). *Gesundheit als Preis der Arbeit? Gesundheitliche und wirtschaftliche Interessen im historischen Wandel*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Gottschall, K. & Voß, G. (2003). *Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag*. München und Mering: Hampp.
- Greco, M. (2004). *Wellness*. In Bröckling, U., Krasmann, S., Lemke, T. (Hg.), *Glossar der Gegenwart* (S. 293–300). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gross, T. (2006). *Von der Boheme zur Unterschicht. Job, Geld, Leben – nichts ist mehr sicher*. *Die Zeit*, 18, 41.
- Hammer, M. & Champy, J. (1996). *Business Reengineering: Die Radikalkur für das Unternehmen*. Frankfurt/Main: Campus.
- Harten, G. (2005): *Mobile Arbeit: das allmähliche Verschwinden der Trennung von Arbeit und Freizeit*. Oberhausen: Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e.V.
- Imai, M. (1994). *Kaizen*. Berlin: Ullstein.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziodemografischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit*. Leipzig: Hirzel.
- Kastner, M. (2003). *Neue Selbständigkeit in Organisationen. Selbstbestimmung, Selbsttäuschung, Selbstausbeutung?* München und Mering: Hampp.
- Köper, B. (2006). Das Problemfeld „Wirtschaftlichkeit“ im Zusammenhang mit Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit. *Bundesarbeitsblatt*, 11, 14–20.
- Kröger, M. (2006). *Deutscher Krankenstand: Der psychische Druck nimmt zu*. [www.spiegel-online.de](http://www.spiegel-online.de) vom 18.04.2006
- Kronauer, M. & Linne, G. (2005). *Flexicurity. Die Suche nach der Sicherheit in der Flexibilität*. Berlin: Edition Sigma.

- Kuhn, J. (2001). Leistungsfähige Betriebe brauchen leistungsfähige Mitarbeiter. Betriebliche Gesundheitsförderung im modernen Kapitalismus. Dr. med. Mabuse, 131/45, 45–49.
- Lacher, M. (2004). Mitarbeiterpartizipation zwischen Personalentwicklung und Wertschöpfungsbeitrag. In Maelicke, B. (Hg.), Personal als Erfolgsfaktor in der Sozialwirtschaft (S. 17–27). Baden-Baden: Nomos.
- Mayo, E. (1933). *The Human Problems of an Industrial Civilisation*. New York: MacMillan.
- Mayo, E. (1945). *The Social Problems of an Industrial Civilisation*. Boston: Harvard University Press.
- Meißner, U. E. (2005). Die „Droge“ Arbeit: Unternehmen als „Dealer“ und als Risikoträger – personalwirtschaftliche Risiken der Arbeitssucht. Frankfurt/Main: Lang.
- Pröll, U. (2003). Flexible Arbeit und Gesundheit. Intensivierungsrisiken und Ansatzpunkte nachhaltiger Gestaltung. Jahrbuch für Kritische Medizin, 39, 31–53.
- Pröll, U. (2004). Arbeitsmarkt und Gesundheit. Gesundheitspolitische Implikationen der neuen Arbeitsmarktpolitik und Ansätze zur Prävention. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund u.a.: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für neue Wiss.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des RKI zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung). Berlin: Robert Koch Institut.
- Roethlisberger, F. J. & Dickson, W. J. (1939). *Management and the Worker*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Russell Hochschild, A. (2002): Work-Life-Balance. Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet. Opladen: Leske + Budrich.
- Schiegl, G. (2006). Rekord im Durchhalten. Die Deutschen fehlen so selten wegen Krankheit am Arbeitsplatz wie nie zuvor und sind damit die gesündesten Europäer. Süddeutsche Zeitung, 90, 22.
- Schmidt-Semisch, H. (2004). Risiko. In Bröckling, U., Krasmann, S., Lemke, T. (Hg.), *Glossar der Gegenwart* (S. 222–228). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Stahl, T. (1984). Betriebssoziologie und Moral. Zur Kritik der soziologischen Sichtweise. Frankfurt/Main: Campus.
- Strengmann-Kuhn, W. (2003). *Armut trotz Erwerbstätigkeit*. Frankfurt/Main: Campus.
- Taylor, F. W. (1911): *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper.
- Voß, G. G. & Pongratz, H. J. (1998). Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1, 131–158.
- Womack, J. P., Jones, D. T., Roos, D. (1994). *Die zweite Revolution in der Automobilindustrie*. Frankfurt/Main: Campus

*Prof. Dr. Michael Buestrich,  
Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe,  
Immanuel-Kant-Straße 18–20, 44803 Bochum  
E-Mail: buestrich@efh-bochum.de*



Christian Schultz

## Psychotherapie für Erwerbslose – Hilfe oder Illusion?<sup>1</sup>

---

Die Zusammenhänge zwischen Erwerbslosigkeit und schlechter psychischer Befindlichkeit bei den Betroffenen sind seit längerer Zeit belegt und finden seit Neuerem auch Eingang in die Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Ist also Psychotherapie für Erwerbslose die adäquate Antwort auf dieses Problem? Der Artikel zeigt zunächst die Hürden auf, die beim Zugang zu dieser Versorgungsleistung überwunden werden müssen, um dann zu begründen, inwiefern auch die strukturellen Merkmale von Psychotherapie diese nicht zu einem geeigneten Unterstützungsangebot machen. Zum Abschluss wird auf die gewandelte Funktionalität von Psychotherapie im Rahmen der postfordistischen gesellschaftlichen Restrukturierung eingegangen.

### Vorbemerkung

Seit 1987 betreibt die Solidarische Psychosoziale Hilfe in Hamburg eine Beratungsstelle für erwerbslose Menschen, die in psychische Krisen geraten sind. Der Autor, der das Projekt mitbegründet hat, ist Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut; die folgenden Ausführungen basieren auf der langjährigen Erfahrung in der psychosozialen Beratung mit Erwerbslosen und den typischen Problemlagen, mit denen diese konfrontiert sind.

Das Thema ‚Psychotherapie für Erwerbslose – Hilfe oder Illusion?‘ könnte leicht zu einer allzu pauschalen Behandlung verleiten, weil die Vielfalt von Facetten eigentlich eine sehr viel umfassendere Auseinandersetzung erfordern würde, als es im Rahmen dieses Artikels möglich ist. Deshalb ist es nützlich, zunächst zu klären, was an dieser Stelle verhandelt werden kann und vor allem, was nicht verhandelt werden kann.

▷ Die Vielfalt existierender Therapieformen macht es unmöglich, einzelne Therapieformen auf ihre konkrete Arbeitsweise mit Erwerbslosen und deren psychischen Problemen zu befragen.

- ▷ Auch kann es nicht um die konkrete Arbeit einzelner Therapeuten gehen, zumal die Orientierung an einer einzigen Schule heute eher die Ausnahme darstellt. Zumeist verfügen Psychotherapeuten heute über mehrere Therapieausbildungen und fühlen sich einer integrativen Herangehensweise verpflichtet.
- ▷ Auch die konkreten Psychotherapie-Erfahrungen einzelner Erwerbsloser können hier nicht zur Diskussion stehen, obwohl die Ausführungen zu einem erheblichen Teil auf solchen Erfahrungen basieren. In der Tat ist die Spannweite der berichteten Erfahrungen sehr heterogen; die Bewertung reicht von sehr positiv bis sehr negativ.
- ▷ Daran anschließend soll klargestellt werden, dass es hier um psychische Probleme geht, die mit der Erwerbslosigkeit in Zusammenhang stehen. Nun ist Erwerbslosigkeit kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein (hoffentlich) vorübergehender Zustand. Insoweit Erwerbslose immer auch Menschen sind und psychische Krankheit zu den menschlichen Möglichkeiten gehört, können auch Erwerbslose psychisch krank und damit behandlungsbedürftig werden. Inwieweit aber Psychotherapie die richtige Behandlungsform für psychische Krankheiten ist, kann hier nicht das Thema sein. Hier soll es ausschließlich um die Frage gehen, welche Unterstützungsmöglichkeiten für die Situation der Erwerbslosigkeit und der aus ihr erwachsenden Belastungen angemessen sind.
- ▷ Schließlich könnte ein Missverständnis darin bestehen, dass im Folgenden gefragt wird, ob Psychotherapie wirkt oder nicht. Dies ist aber nicht die Frage, sondern es geht darum, *wie* Psychotherapie wirkt und – vor allem – *was* Psychotherapie *bewirkt*.

Der Ausgangspunkt der Überlegungen ist deswegen ein struktureller: Es geht um Psychotherapie als eine kassenfinanzierte Regelleistung, die rechtlich definiert ist und deren Bewilligung formalen Kriterien und Vorgaben unterliegt. Dadurch wird die Veranstaltung ‚Psychotherapie‘ in einer bestimmten Weise formiert. Dies meint nicht, dass dadurch der konkrete Ablauf einer Therapie vorgegeben wäre. Aber es bedeutet schon, dass die Form bestimmte Vorgehens- und Denkweisen nahe legt, während andere gegen diese Form durchgesetzt werden müssen.

Ich werde im Folgenden zunächst beleuchten, worin die Relevanz des Themas besteht. Im zweiten Schritt werde ich von der Position eines Erwerbslosen aus in einer phänomenologischen Herangehensweise zu klären versuchen, welche psychischen Anforderungen eigentlich der Entschluss zu einer Psychotherapie für die Betroffenen in sich birgt. Im dritten Schritt geht es um die Frage, ob und warum die strukturellen Bedingungen von Psychotherapie eine angemessene Unterstützung in der Situation der Erwerbslosigkeit eher erleichtern oder erschweren. Dazu werden Kriterien benannt, die diese angemessene Unterstüt-

zung auszeichnen. Im letzten Schritt geht es dann um eine gesellschaftliche Einordnung des Problems.

## I.

Die Idee, dass Erwerbslose überhaupt einer Psychotherapie bedürfen könnten, ist nicht voraussetzungslos. Ob Erwerbslosigkeit für die Betroffenen gesundheitliche Folgen auch und gerade auf psychischer Ebene hat, ist im gesellschaftlichen Wissen nicht so verankert wie etwa das Wissen um die Gesundheitsgefährdung durch Rauchen. Obwohl es auch in der Bundesrepublik seit mindestens dreißig Jahren wissenschaftliche Ergebnisse gibt, die die Zusammenhänge belegen, wurden diese Ergebnisse von der Bundesregierung immer wieder in Frage gestellt und der Zusammenhang geleugnet. Bezeichnenderweise wird Erwerbslosigkeit auch von den Krankenkassen als mögliches Feld kluger Präventionsstrategien so gut wie überhaupt nicht wahrgenommen. Das hat auch zur Folge, dass die Aufklärung in der Bevölkerung zu dieser Frage kaum stattfindet. Insofern ist es nützlich, sich die Dimension der Problematik noch einmal bewusst zu machen.

Schlaglichtartig seien hier zwei Ergebnisse aus einem neueren Standardwerk der Arbeitslosenforschung (Hollederer und Brand (Hg.) 2006) benannt:

- ▷ Auf der Ebene der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes beurteilen rund 25 Prozent der Erwerbslosen diesen als schlecht im Vergleich zu 10 Prozent der Erwerbstätigen (Kieselbach/Beelmann 2006, S. 20).
- ▷ Der Anteil der psychisch deutlich Beeinträchtigten mit möglichem Behandlungsbedarf ist bei Erwerbslosen mit 34 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen mit 16 Prozent (Paul, Hassel und Moser 2006, S. 42).

Auch die neueren Gesundheitsreporte der Krankenkassen belegen die Relevanz des Belastungsfaktors Erwerbslosigkeit für den Gesundheitszustand und hier insbesondere in seiner psychischen Dimension: So beträgt der allgemeine Anstieg von Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Erkrankungen im Zeitraum 2000-04 20 Prozent (Lademann, Mertesacker und Gebhardt 2006, S. 124); dies vor dem Hintergrund einer allgemein sinkenden Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen.<sup>2</sup> Auch hier sind Erwerbslose besonders betroffen: Die BKK berichten von etwa doppelt so hohen Fehlzeiten auf Grund psychischer Erkrankungen bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen im Jahre 2004, während die TK sogar 3,5 mal so viele Fehlstage dokumentiert (a.a.O., S. 126). Insgesamt gehen die Krankenkassen davon aus, dass ein Erwerbsloser im Schnitt pro Person etwa doppelt so hohe Kosten verursacht wie ein Erwerbstätiger.

Dies mag als Beleg genügen, dass Erwerbslosigkeit einen sehr ernst zu nehmenden Faktor bei der Beeinträchtigung insbesondere der psychischen Gesundheit der



Betroffenen darstellt. Spontan ließe sich daraus ablesen, dass Psychotherapie für Erwerbslose also die Methode der Wahl sein müsste. Aber ist dies tatsächlich so?

## II.

Um der Antwort auf diese Frage näher zu kommen, ist es nützlich, zunächst zu klären, was es eigentlich für die Betroffenen bedeutet, eine Psychotherapie in Anspruch nehmen zu wollen. Wie stellt sich also der Zugang zur Psychotherapie von Standpunkt eines Betroffenen dar?

Die Voraussetzung dafür ist zunächst einmal das Eingeständnis der eigenen Bedürftigkeit, also der Tatsache, dass die eigene psychische Situation so problematisch geworden ist, dass sie ohne Hilfe von außen nicht mehr bewältigbar erscheint. Schon dieses Eingeständnis kann stigmatisierenden bzw. selbststigmatisierenden Charakter haben, denn Psychotherapie gilt auch heute noch nicht in allen gesellschaftlichen Schichten als selbstverständliche gesundheitliche Dienstleistung, die man etwa wie den Gang zum Hausarzt in Anspruch nimmt; zu nahe ist Psychotherapie im Verständnis vieler Menschen an den Bereich Psychiatrie gebaut und damit mit der Befürchtung, jetzt verrückt geworden zu sein. Ein solches Eingeständnis sich selbst oder gar Verwandten, Freunden und Bekannten zu machen, stellt auch heute noch eine hohe Hürde dar.

Ist diese Hürde überwunden, stellt sich sofort die nächste Hürde: Wie den ‚richtigen‘ Psychotherapeuten finden? Nimmt man sich beispielsweise das Hamburger Telefonbuch oder einschlägige Adressensammlungen wie den Therapieführer (falls man sich informiert hat) zur Hand, wird man leicht erschlagen von der Vielzahl von Adressen, die man dort findet.<sup>3</sup> In Hamburg sind über 1.500 approbierte Psychotherapeuten in der Psychotherapeutenkammer organisiert.<sup>4</sup> Schon die Frage der Kontaktaufnahme erscheint so als Glücksspiel, dass bei vielen Betroffenen das Bedürfnis erzeugt, einen ‚guten‘ Therapeuten empfohlen zu bekommen. Dies klingt aber einfacher, als es ist. Schon seit langem ist in Fachkreisen bekannt, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut die entscheidende Variable für den Therapieerfolg darstellt; sie ist z.B. wichtiger als die Therapieform. Eine gute Beziehung aber setzt Vertrauen und Sympathie voraus. Dies aber sind höchst subjektive Faktoren, die sich nur schlecht verallgemeinern lassen. Ein Therapeut, der auf den einen Klienten Vertrauen einflößend wirkt, kann auf den nächsten Klienten einen eher abschreckenden Eindruck machen. Wird die Therapie auf Grund einer Empfehlung trotz fehlender Vertrauensbasis begonnen, ist der Erfolg mindestens fraglich.

Eine weitere Hürde, die sich aufbaut, wenn man sich zu einem Telefonanruf bei einem Therapeuten entschlossen hat, ist die Schwierigkeit, rasch einen Termin zu

bekommen. Oft kommuniziert man zunächst mit Anrufbeantwortern, die nur zum Teil die Möglichkeit bieten, eine Nachricht zu hinterlassen. Üblich ist aber auch die Bekanntgabe oft eng umgrenzter Zeiträume, in denen der Therapeut persönlich zu erreichen ist (wobei es nicht jedem Kollegen gelingt, diese in verständlicher Form mitzuteilen).

Ist der telefonische Kontakt trotzdem gelungen, ist der Beginn der Psychotherapie nur unwesentlich näher gerückt. Wartezeiten von einem halben Jahr sind in Hamburg durchaus üblich. Bei Erstgesprächen geht es zum Teil schneller, um eine Abklärung zu ermöglichen, ob es überhaupt zur Therapie kommen soll und sich die Wartezeit damit lohnt. Es wird aber auch von Klienten berichtet, die trotz einer Vielzahl von Telefonaten nicht einmal bis zum Erstgespräch vordringen.

Das Erstgespräch selber bringt die nächste Hürde: Es geht nämlich erneut um die Entscheidung, ob dies nun der Richtige ist. Damit verbunden ist die Frage nach den Kriterien, die man für diese Entscheidung hat. Möglicherweise hat man sich gut informiert und kennt die z.B. in Ratgebern üblicherweise genannten Kriterien wie Therapieform, Geschlecht, Vertrauensbasis etc.. Es bleibt aber dann trotzdem das Problem, ob eventuell vorhandene Zweifel dem Therapeuten gegenüber zum Ausdruck gebracht werden können.

Der Klient ist aber nicht der einzige, der eine Entscheidung zu treffen hat. Auch der Therapeut kann natürlich entscheiden, ob er eine Zusammenarbeit mit einem bestimmten Klienten für Erfolg versprechend hält oder nicht. Dabei spielt immer auch eine Rolle, ob es dem Klienten gelingt, sein Anliegen so zu formulieren, dass es als psychologisches erscheint und so psychotherapeutisch bearbeitbar wird. Wer etwa als Erwerbsloser formuliert, in Vorstellungsgesprächen sollten die Leute ihn nicht so widerwärtig behandeln und fertig machen, wird Schwierigkeiten haben, einen Therapeuten zu finden, der sich dieses Problems annimmt.

Last not least ist Psychotherapie auch eine Frage des Geldes. Zwar können die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden; dies setzt aber voraus, dass der Therapeut auch von Kassen zugelassen ist, was durchaus nicht jeder approbierte Psychotherapeut ist. Außerdem setzt dies auch noch voraus, dass der Klient krankenversichert ist; auch dies ist keine Selbstverständlichkeit. Zwar soll sich dies durch die ins Haus stehende Gesundheitsreform ändern, dafür aber zeichnet sich ein neues Problem ab: Mit der vorgesehenen Möglichkeit der Insolvenz von Krankenkassen könnte es sein, dass sich Therapeuten weigern, Leistungen für Kassen zu erbringen, die absehbar vor der Zahlungsunfähigkeit stehen.

Ein gern übersehener Aspekt bei der Frage der Finanzierbarkeit einer Psychotherapie für Erwerbslose sind abgesagte Sitzungen. Die Kosten hierfür übernimmt die Krankenkasse nicht. Therapeuten treffen daher Regelungen mit ihren

Klienten, welchen zeitlichen Rahmen der Klient bei einer Absage einhalten muss, um nicht selber zur Kasse gebeten werden. Diese Regelungen sind sehr unterschiedlich und können vierundzwanzig Stunden, aber auch mehrere Tage beinhalten. Gerade Erwerbslose sind nun aber der Gefahr ausgesetzt, von Behörden, potentiellen Arbeitgebern etc. ganz kurzfristig Termine gesetzt zu bekommen, die sich kaum verschieben lassen. Und was es bedeutet, als ALG II-Empfänger von 345,- € im Monat vielleicht 60,- € für eine ausgefallene Therapie-sitzung zu bezahlen, kann sich jeder vorstellen.

Mein Fazit an dieser Stelle lautet: Überhaupt in den Genuss einer Psychotherapie zu kommen, stellt recht hohe Anforderungen an die Betroffenen, weil es eine Reihe von Kompetenzen erfordert. Nennen könnte man etwa Stabilität, soziale Kompetenz, Energie, Entschlusskraft, Durchhaltevermögen sowie die Fähigkeit, sich Informationen über diesen Bereich zu besorgen. Was aber, wenn diese Kompetenzen eigentlich erst das Ziel der Therapie sein sollen ...?

### III.

Im vorigen Teil habe ich argumentiert, dass Psychotherapie bereits vom Zugang her für Erwerbslose kein Unterstützungsangebot ist, dass der je individuellen Lebenssituation angemessen ist. Jetzt soll es um die strukturellen Bedingungen der Veranstaltung selber gehen.<sup>5</sup> Dazu beziehe ich mich wie gesagt auf die rechtliche Definition der Regelleistung Psychotherapie, die Psychotherapie als Behandlung einer krankheitswerten psychischen Störung fasst. Diese Definition folgt unmittelbar dem medizinischen Modell, d.h. sie ist symptomorientiert, was sich im Begriff der krankheitswerten Störung zeigt, und sie ist behandlungsorientiert. Daraus folgt unmittelbar, dass zur Beantragung der Finanzierung einer Psychotherapie bei der Krankenkasse durch den Psychotherapeuten eine Diagnose vorgenommen werden muss, die die Art der krankheitswerten Störung definiert, sowie ein Behandlungsplan vorgelegt werden muss, der Art und Reihenfolge der Schritte zur Beseitigung dieser Störung festlegt. Die damit verbundene Vorstellung von psychischen Störungen impliziert, dass es sich hierbei um etwas handelt, was sich von außen und losgelöst von der Alltagswirklichkeit beheben lässt. Diese Sichtweise ist individualisierend und verlagert das Problem in den einzelnen hinein.

Die Frage nach der Entstehung der Symptomatik verweist auf die Anamnese. Hier soll geklärt werden, welche Bedingungen denn ausschlaggebend für das Auftreten der Symptomatik waren. Als Frage danach, welches denn die eigentlichen, die zu Grunde liegenden Ursachen sind, konzentriert sich die Anamnese auf die individuelle Biographie, also auf Erlebnisse der Vergangenheit. Diese Vergangenheitsorientierung ist je nach Therapieschule unterschiedlich ausge-

prägt. Am stärksten herrscht sie in der klassischen Psychoanalyse vor, die paradigmatisch davon ausgeht, dass die zu Grunde liegenden Ursachen regelmäßig in Kindheitstraumata zu finden sind. Aber auch andere Therapieschulen entwicklungsgewärtige Problemkonstellationen durchgängig zu Gunsten vergangener Lebensereignisse.

Diese Herangehensweise ist der spezifischen Lebenssituation von Erwerbslosen nicht angemessen. Denn es ist entscheidend, diese Situation in ihrer alltagspraktischen Realität zu begreifen. Genauer gesagt geht es darum, die problematischen Situationen, die die tagtägliche Praxis von Erwerbslosen durchziehen, die ihre Handlungsfähigkeit einschränken und so auf die psychische Befindlichkeit durchschlagen, zu verstehen.<sup>6</sup> Was bedeutet das konkret? Typische Beispiele sehen folgendermaßen aus:

- ▷ Morgens mit dem Gefühl aufwachen: Wie bringe ich diesen Tag bloß wieder 'rum?
- ▷ Wenn mittags die Post im Briefkasten liegt: Was lauert da wieder auf mich? Sind es bloß Absagen und Rechnungen oder auch etwas vom Amt? Werde ich mich überhaupt trauen, die Post zu öffnen?
- ▷ Es müssen sinnlose Bewerbungen geschrieben werden, um den Auflagen des Amtes zu entsprechen. Werde ich mich dazu aufraffen können?
- ▷ Wenn ich einen Termin beim Amt habe: Was erwartet mich dort wieder? Traue ich mich überhaupt da hin?
- ▷ Sollte ich mich nicht mal wieder mit Freunden treffen? Aber kann ich mich denen überhaupt noch zumuten? Und haben die nicht vielleicht etwas vor, was ich mir finanziell gar nicht leisten kann?
- ▷ Damit verbunden ist die Frage: Was kann ich mir denn überhaupt noch leisten? Reicht denn das Geld bis zum Ende des Monats? Und was ist eigentlich, wenn etwas kaputt geht?
- ▷ Und schließlich die entscheidende Frage: Wie soll das alles bloß weitergehen? Welche Gestaltungsmöglichkeiten für mein Leben habe ich denn überhaupt noch?

Um Erwerbslose angemessen in solchen Situationen unterstützen zu können, müssen folgende Postulate an die Form der Unterstützung gestellt werden:

- ▷ Sie muss handlungsorientiert statt behandlungsorientiert sein. Die Betroffenen müssen als Handelnde wahrgenommen werden und es muss gemeinsam mit ihnen nach neuen Handlungsmöglichkeiten gesucht werden
- ▷ Sie muss alltagsorientiert statt vergangenheitsorientiert sein. Die geschilderten problematischen Alltagssituationen dürfen nicht zu Gunsten etwaiger Konflikte in der Vergangenheit entwertigt werden. Dafür ist es aber notwendig, dass auf Seiten des Helfers ein profundes Wissen um diese Alltagswirklichkeit vorhanden ist, etwa über Gesetze, Auflagen, Zwänge, Ideologien etc, die die Alltagsbewältigung prägen. Hier ist deutlich ein ausschließliches Wis-

sen um psychische Prozesse nicht ausreichend; eine angemessene Unterstützung für Erwerbslose bedarf einer breiteren sozialwissenschaftlichen Fundierung.

- ▷ Sie muss subjektorientiert sein. Die entscheidende Frage nach der Lebensperspektive heißt auch, sein Leben selbst wieder in die Hand nehmen zu können, es selber zu gestalten und dies auch zu wollen. Dies aber bedeutet zuallererst: Eine Veranstaltung, in der an den Betroffenen etwas gemacht wird statt dass sie selber etwas machen, sie also behandelt werden, ist diesem Ziel abträglich. Im Gegenteil müssen die Betroffenen möglichst weitgehend in die Gestaltung des Beratungsprozesses miteinbezogen werden. Dies aber erfordert ein Höchstmaß an Transparenz gegenüber den Betroffenen.

#### IV.

Im abschließenden Abschnitt soll es um den gewandelten gesellschaftlichen Stellenwert von Psychotherapie gehen. Hintergrund meiner Argumentation sind dabei Analysen zum Fordismus bzw. Postfordismus, wie sie im Anschluss an die französische Regulationsschule etwa von Joachim Hirsch (Hirsch 2001, 2006) oder in etwas anderer Form von Wolfgang Fritz Haug (Haug 2003) vorgelegt worden sind. Diese Analysen gehen davon aus, dass wir in den letzten zwanzig bis dreißig Jahren Zeugen eines grundlegenden gesellschaftlichen Wandels geworden sind, der eine Vielzahl gesellschaftlicher Ebenen von den Produktivkräften bis zur individuellen Lebensweisen betrifft und dadurch auch gewandelte Anforderungen an das Selbstverständnis der in unserer Gesellschaft lebenden Individuen zur Folge hat.

Die Nachkriegsgesellschaft der BRD war bis Ende der siebziger Jahre fordistisch geprägt. Sie beruhte ökonomisch gesehen auf Massenproduktion bei gleichzeitigem Massenkonsum und damit verbunden einer grundlegenden wirtschaftlichen Wachstumsorientierung. Die fordistische Regulationsweise bot den Arbeitenden gleichzeitig ein System relativ umfassender sozialer Absicherung. Dazu gehört etwa das System der Tarifverträge, das relativ abgesicherte Arbeitsverhältnisse bei gleichzeitiger Teilhabe am Produktivitätsfortschritt versprach, sowie auch das Sozialversicherungssystem, das eine Umverteilung auch zu Gunsten derer vornahm, die aus Gründen von Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit aus dem Produktionsprozess ausgeschieden waren, um auch ihnen eine Teilhabe am Massenkonsum zu ermöglichen.

Die den Subjekten im Fordismus so gebotene Sicherheit, die sich z.B. auch in der Kalkulierbarkeit von Lebenswegen ausdrückte, hatte aber auch eine Kehrseite. Diese bestand in relativ rigiden Verhaltensnormen, die für Individualität nur wenig Raum ließen. Diese Rigidität war denn auch der Anlass für die Kritik der

Studentenbewegung, die u.a. die Vermassung des Menschen und die Anrührigkeit von Individualität im Fordismus anprangerte. Auf den Punkt gebracht wurde diese Kritik durch Marcuses Klassiker ‚Der eindimensionale Mensch‘, der nicht umsonst zu einem der wichtigsten Bezugspunkte der Studentenbewegung wurde. Diese Kritik wurde später durch Frauen- und Umweltbewegung sowie die neuen sozialen Bewegungen aufgenommen und erweitert, z.B. auch durch die Kritik am Raubbau an den natürlichen Ressourcen, auf dem die fordistische Produktionsweise durch ihre Wachstumsorientierung auch basiert.

Diese ‚Künstlerkritik‘ (Boltanski/Chiapello 2004) vertritt nun zum guten Teil die gleichen Werte wie sie insbesondere auch von den humanistischen Therapieformen vertreten werden: Individualität, Kreativität und Authentizität. Von daher kam der Psychotherapie unter fordistischen Bedingungen so etwas wie ein unmittelbar kritisches Potential zu; sie versprach, an der Befreiung des Menschen aus den Verhaltenspanzern auf individueller Ebene mitzuwirken. So konnten die achtziger Jahre zum Jahrzehnt des Psychobooms werden, in dem gerade die humanistischen Therapieformen zu einer ungeahnten Blüte kamen. Dass gerade auch die Linke daran beteiligt war, verwundert nach dem Gesagten nicht.

Diese Kritik trug auch dazu bei, dass das fordistische Modell in die Krise geriet und seit den achtziger Jahren eine Umstrukturierung zu beobachten ist, die in Ermangelung klarer Konturen zunächst als postfordistisch bezeichnet wurde. Durch diese Umstrukturierungen zeichnen sich immer klarer auch grundlegend neue Anforderungen an die Subjekte ab. Als Schlaglichter dazu mögen zwei soziologische Analysen dienen: Richard Sennett spricht vom ‚flexiblen Menschen‘ (Sennett 2002), Alain Ehrenberg davon, dass es darum gehe, ‚das authentische Selbst zur Produktivkraft zu machen‘ (Ehrenberg 2004).

Zur Popularisierung dieses Programms sowie zur Unterstützung der Subjekte bei der Selbstformierung gibt es inzwischen eine Flut von sogenannten Selbstmanagement-Ratgebern, in denen dieser neue Mensch seine paradigmatische Gestalt erhalten hat: der Unternehmer seiner selbst<sup>7</sup>. Er zeichnet sich dadurch aus, dass es flexibel, durchsetzungsfähig und konkurrenzorientiert ist, außerdem ein hervorragender Selbstdarsteller und rücksichtslos auf den individuellen Erfolg bedacht.

Dass es vom Unternehmer seiner selbst zur Ich-AG semantisch nur ein kleiner Schritt ist, ist dabei alles andere als Zufall. Denn die Hartz-Reformen zeichnen sich gerade auch dadurch aus, dass sie dieses Programm auch für den Arbeitsmarkt zur Leitlinie machen. Da, wer erwerbslos ist, den neuen Anforderungen sich nicht als gewachsen erwiesen hat, ist Nachhilfe nötig. Und so lässt sich konsequenterweise das SGB II – vulgo Hartz IV – auch als Erziehungsprogramm für Erwerbslose verstehen, wie Schumak nachgewiesen hat (Schumak 2004, 2007). Zentraler Begriff des Gesetzestextes ist Eigenverantwortung. Mangelnde Eigen-

verantwortung stellt auf dem Arbeitsmarkt das wichtigste Problem dar, weswegen Menschen erwerbslos sind – so der Subtext des Gesetzes. Folglich müssen die Betroffenen zu mehr Eigenverantwortung gezwungen werden – alle Maßnahmen und Sanktionen, die das SGB II vorsieht, sind diesem Ziel verpflichtet.

Dabei kann schon die Wortwahl stutzig machen. Was für eine Eigenverantwortung mag da wohl gemeint sein, zu der man gezwungen werden kann und muss? Bei genauerem Hinsehen wird klar, dass es bei dieser Eigenverantwortung nicht darum geht, sein Leben nach eigenen Maßstäben – möglicherweise gar kollektiv – zu gestalten. Denn von Ergebnisoffenheit kann bei dieser Form von Eigenverantwortung nicht die Rede sein. Das Ziel ist deutlich formuliert: Der Erwerbslose hat alles dafür zu tun, der Gemeinschaft nicht mehr auf der Tasche zu liegen. Eigenverantwortung meint hier deutlich die selbsttätige Zurichtung im Hinblick auf die bestmögliche Verwendbarkeit im kapitalistischen Verwertungsprozess.

Ein solches Programm hat nun psychologisch gesehen wenig damit zu tun, die betroffenen Menschen handlungsfähiger zu machen und damit zu ihrem psychischen Wohlbefinden beizutragen. Im Gegenteil entspricht dieses Programm ziemlich genau dem, was Holzkamp als Weg vom äußeren Zwang zum inneren Zwang skizziert hat (Holzkamp 1983, S. 412 ff.) – samt den dort beschriebenen Folgen für die subjektive Befindlichkeit, die sich mit einiger Wahrscheinlichkeit in psychischen Problemen äußern werden.

Wenn wir zum Abschluss nun wieder den Bogen zur Psychotherapie schlagen, so lassen sich strukturelle Ähnlichkeiten zwischen diesem Erziehungsprogramm und der Psychotherapie erkennen. Dies sind der individualisierende Charakter beider Veranstaltungen, die Hineinverlagerung äußerer Bedingungen in den Einzelnen sowie die Ausblendung gesellschaftlicher Zwänge: Diese Ähnlichkeiten können Psychotherapie zu einem nützlichen Baustein in dem genannten Erziehungsprogramm machen. Wenn also mein Thema ‚Psychotherapie für Erwerbslose – Hilfe oder Illusion‘ war, lässt sich zum Abschluss als Fazit formulieren: Psychotherapie steht bei Erwerbslosen in der Gefahr, Hilfe zur Beförderung einer Illusion zu werden.

## Anmerkungen

- 1 Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag, der im November 2006 auf dem Kongress ‚Überflüssigkeit und Psyche‘ sowie im Januar 2007 an der Universität Hamburg gehalten wurde.
- 2 Die sinkende Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen insgesamt verweist auf den Konkurrenzdruck, der am Arbeitsplatz herrscht, der sicherlich auch zum Anstieg psychischer Erkrankungen bei Erwerbstätigen beiträgt.

- 3 In der Vorbereitung auf den Vortrag hat sich der Autor selber dieser Anforderung versuchsweise unterzogen; die folgenden Ausführungen haben also auch eine persönliche empirische Basis.
- 4 Die Problematik stellt sich sicherlich anders in Gebieten mit einer schlechteren psychotherapeutischen Versorgung, der hier natürlich keineswegs das Wort geredet werden soll.
- 5 Strukturelle Bedingungen implizieren nicht, dass jeder Therapeut in seiner konkreten Arbeit sich diesen beugen muss. Nur: Wenn er anders arbeitet, tut er es nicht *wegen*, sondern *trotz* dieser Bedingungen.
- 6 Zu näheren Ausführungen vgl. Schumak/Schultz 2001 sowie Schultz/Schumak 2003
- 7 Diese Figur wurde von Foucault bereits 1979 in seiner Analyse des neoliberalen Programms insbesondere von Gary Becker herausgearbeitet (vgl. Foucault 2004, S. 321).

## Literatur

- Boltanski, Luc/Chiapello, Eve 2003: Der neue Geist des Kapitalismus. Konstanz
- Ehrenberg, Alain 2004: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Konstanz
- Foucault, Michel 2004: Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt a. M.
- Haug, Wolfgang Fritz 2003: High-Tech-Kapitalismus. Hamburg
- Hirsch, Joachim 2006: Die Zukunft der Arbeitsgesellschaft In: Appelt, Erika/Weiss, Alexandra: Globalisierung und der Angriff auf die europäischen Wohlfahrtsstaaten. Hamburg
- Hirsch, Joachim/Jessop, Bob/Poulantzas, Nicos 2001: Die Zukunft des Staates. Hamburg
- Hollederer, Alfons/Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern
- Holzkamp, Klaus 1983: Grundlegung der Psychologie. Frankfurt a. M./New York
- Kieselbach, Thomas/Beelmann, Gerd 2006: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Stand der Forschung In: Hollederer/Brand 2006
- Lademann, Julia/Mertesacker, Heike/Gebhardt, Birte 2006: Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen In: *Psychotherapeutenjournal* 2/2006,123–129
- Marcuse, Herbert 1967: Der eindimensionale Mensch. Frankfurt a. M.
- Paul, Karsten I./Hassel, Alice/Moser, Klaus 2006: Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration In: Hollederer/Brand 2006
- Schultz, Christian/Schumak, Renate 2003: Einige Anmerkungen zum psychologischen Umgang mit Arbeitslosigkeit: Arbeit ist wichtig. Leben auch In: Kumbrock, Christel/Dick, Michael/Schulze, Hartmut (Hg.): Arbeit – Alltag – Psychologie. Heidelberg u. Kröning
- Schumak, Renate 2004: Die neue Anthropologie des Arbeitslosen In: *Widersprüche* 94, 75–87
- Schumak, Renate 2007: Arbeitsmarktpolitik als Erziehungsprogramm In: Regenbogen (Hg.): *Fibel Soziale Grundrechte (Arbeitstitel)* i.E.



Schumak, Renate/Schultz, Christian 2001: Arbeitslosigkeit – ein psychologisches Thema?  
 In: Forum Kritische Psychologie 43, 59–76  
 Sennett, Richard 2002: Der flexible Mensch. Frankfurt a. M.

*Christian Schultz,  
 Solidarische Psychosoziale Hilfe Hamburg (SPSH),  
 Bartelsstr. 30, 20357 Hamburg,  
 E-Mail: spsh.hamburg@alice-dsl.de*

Anzeige

---

## NEUERSCHEINUNG

---

Gemeinwesenentwicklung, Quartiermanagement und  
 Lokale Ökonomie an der Fachhochschule München (Hg.)

### **FÜR MEHR TEILHABE**

**Gemeinwesenentwicklung, Armutsbewältigung, Selbstorganisation**

ISBN 978-3-930830-89-3, 320 S., 28 €

In der Schriftenreihe FORSCHUNG des europäischen Masterstudiengangs Gemeinwesenentwicklung, Quartiermanagement und Lokale Ökonomie (MACD) werden Forschungsberichte veröffentlicht.

Der erste Band umfasst exemplarische Studien, die zusammen genommen vielschichtige, interdisziplinäre und länderübergreifende Perspektiven für die nachhaltige Gemeinwesenentwicklung, Armutsbewältigung und die Selbstorganisation für mehr Teilhabe eröffnen.

Sozialraumanalysen in den Großstädten Wien und Köln, sowie Studien über die Selbstorganisation für mehr Selbstbestimmung und Solidarität – beispielsweise in Genossenschaften in Deutschland und der Schweiz oder während der Gründungsphasen von lokalen (Beschäftigungs-)Firmen – gehören dazu. Aus der Subjekt- und Steuerungsperspektive werden Top-down- und Bottom-up-Strategien thematisiert, insbesondere zur Bewältigung von Armut und Erwerbslosigkeit, aber auch hinsichtlich einer Kombinierbarkeit zur (Re-)Konstruktion von Wirklichkeiten mit Eigensinn, Empowerment und Einnischung.

---

AG SPAK Bücher | Holzheimer Str. 7 | 89233 Neu-Ulm  
 Fax 07308/919095 | [www.agspak-buecher.de](http://www.agspak-buecher.de)

Eckhard Rohrmann

## **Institutioneller Einschluss ist keine Antwort auf sozialen Ausschluss**

Wider die murale Entsorgung sozialer Probleme in Deutschland.

Kritische Anmerkungen zum 1. Heimbericht der Bundesregierung

---

Obwohl der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bereits 1984 als explizite Rechtsnorm ins Sozialhilferecht und später auch in andere einschlägigen Rechtsvorschriften aufgenommen wurde, reagiert das deutsche Sozialwesen bis heute auf das Risiko gesellschaftlichen Ausschlusses durch soziale Probleme, wie Behinderung, Alter, Pflegebedürftigkeit etc., in den weitaus meisten Fällen nicht durch Hilfen, die geeignet sind, sozialen Ausschluss zu vermeiden oder zu überwinden, sondern durch institutionellen Einschluss in stationären Einrichtungen mit der Konsequenz der institutionellen Verfestigung und Verstetigung des Ausschlusses.

Um in diesen Einrichtungen wenigstens gewisse Mindeststandards bundeseinheitlich abzusichern, verabschiedete der Bundesgesetzgeber 1974 das Heimgesetz. Seit 2002 schreibt dieses Gesetz außerdem vor, dass das zuständige Fachministerium den gesetzgebenden Organen alle vier Jahre einen Heimbericht vorlegt, den ersten im Jahr 2004. Dieser liegt nun seit dem 23. Oktober 2006 mit zweijähriger Verspätung der Öffentlichkeit vor. Allerdings ist zwischenzeitlich im Geschacher um die Föderalismusreform die Zuständigkeit für die Heimgesetzgebung vom Bund an die Länder übergegangen. Zwar ist das Gesetz damit nicht aufgehoben, doch es gilt in den Bundesländern nur noch so lange fort, wie diese kein eigenes Heimgesetz erlassen haben. Obwohl es ein solches noch in keinem Bundesland gibt, hat die Bundesregierung ihre Unzuständigkeit erklärt und den Bericht erst gar nicht an die Gesetzgebungsorgane des Bundes weitergeleitet. Sie lässt ihn zur Makulatur verkommen. Die zuständige Ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend scheint froh zu sein, die Verantwortung

für diesen Politikbereich los zu sein. Lapidar ließ sie verlautbaren: „Einem Umzug aus ihrem privaten Umfeld in ein Heim sehen ältere Menschen häufig aus Sorgen um einen möglichen Verlust von Privatsphäre und Lebensqualität eher skeptisch entgegen. Der erstmals vom Bundessenorenministerium erstellte Bericht über die Situation der Heime sowie die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner belegt, dass diese Befürchtungen angesichts der heutigen Konzepte stationärer Altenhilfe grundlos sind“ (Pressemitteilung 107/2006). Wirklich grundlos? Ausführungen des Berichts über z.T. schwere Qualitätsmängel mit der Folge teilweise menschenrechtswidrigen Lebensbedingungen für die Betroffenen und die, nicht zuletzt aufgrund unzureichender Kontrollmöglichkeiten, extrem prekäre Datenlage (S. 175 ff.) will man im Ministerium offensichtlich nicht zur Kenntnis nehmen. Die verweisen nämlich auf eine sehr wohl noch bestehende Bundeszuständigkeit für den Heimsektor. Die Bundesregierung trägt nach wie vor die Verantwortung für die Einhaltung der Menschenrechte in Deutschland. Das hat ihr am 16. Juni 2005 der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im Fall einer Frau, die über Jahre gegen ihren Willen und ohne Gerichtsbeschluss in einer psychiatrischen Klinik festgehalten wurde, ausdrücklich ins Stammbuch geschrieben (ECHR 2005). Von daher ist es zu begrüßen, wenn die Fraktion der LINKEN mit Antrag vom 30.11.2006 (BT-Drucksache 16/3696) fordert, den Bericht doch noch im Bundestag zu debattieren. Mindestens unter dem Gesichtspunkt der Menschenrechtssituation in Deutschland wäre eine solche Debatte auf Bundesebene dringend geboten.

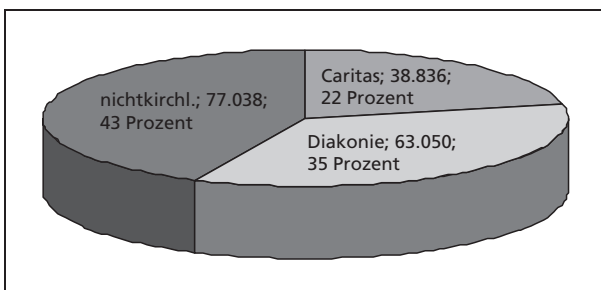
## **Jenseits von Menschenrechten und Menschenwürde: Zum Leben und Überleben im Heim**

Menschen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, sind in aller Regel weit weniger Subjekte ihres Alltages, als Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben. Sie können ihn in der Regel kaum selbst strukturieren und seinen Ablauf bestimmen, sondern sie sind, je nach Offenheitsgrad der jeweiligen Einrichtung, in unterschiedlichem Maße, Objekte einer meist explizierten Heimordnung, die den Tagesablauf mehr oder weniger umfassend fremdbestimmt. Elementare Grundrechte, z.B. das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung gelten für Heimbewohner/-innen nicht, ein Heim ist keine Wohnung. Ohnehin genießen laut Heimbericht nur 50,3 Prozent der Heiminsassen den Luxus eines Ein-Bett-Zimmers (Bundesregierung 2006, Tab. A3.3) Der Anteil ist in den letzten Jahren zwar gestiegen, doch es bleibt zu fragen, ob dieser Trend weiter anhalten wird, wenn das Beispiel des Bezirkes Oberfranken künftig Schule macht. Dort hat der Bezirkstag in seiner Sitzung am 12. Februar 2004 beschlossen, Einzelzimmerzuschläge für Sozialhilfeempfänger, die in Heimen leben, zu streichen

und die Heimträger aufgefordert, bis Ende Mai alle Betroffenen in Mehrbettzimmer umzuquartieren.

Zur Befriedigung individueller Bedürfnisse verfügen Heimbewohner, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, nur über ein Taschengeld in Höhe von 89 Euro pro Monat. Die strukturellen Merkmale stationärer Einrichtungen entsprechen ihrer Tendenz nach immer noch denen, die Goffman (1973, S. 15ff) als typisch herausstellt für sog. „totale Institutionen“, welche von ganz spezifischen, durchweg negativen Auswirkungen für die Persönlichkeitsentfaltung ihrer Insassen geprägt sind. Sie unterbinden bzw. entwerten z.B. Handlungen, „die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, daß er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat – daß er ein Mensch mit der Selbstbestimmung, Autonomie und der Handlungsfreiheit eines ‚Erwachsenen‘ ist“ (a.a.O., S. 49). Bei einer Reihe von Interviewpartnerinnen und -partnern, die wir im Rahmen unserer Untersuchungen über Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in Altenheimen (vgl. Brings/Rohrmann 2002, Drolshagen/Rohrmann 2003, Rohrmann 2003) befragt haben, haben wir erlebt, dass für manche allein schon die Erfahrung, dass es noch Menschen gibt, die an ihnen, ihrem Alltag und an ihrer Lebensgeschichte ein Interesse haben, oft mehr als erstaunlich war. Sie selbst hatten das Interesse daran längst verloren. Ihr Leben ist geschichtslos geworden, geprägt nur noch durch die immer wiederkehrende Stereotypie des Heimalltages.

*Abb. 1: Heimplätze für Behinderte nach Träger*



*Quellen: BMFSFJ: Heime nach Heimgesetz (2003), Caritas o.J., Diakonisches Werk 2003, S. 31, eigene Berechnungen*

Im Behindertenbereich kommt noch hinzu, dass sich 63.050<sup>1</sup> Heimplätze in diakonischen und 38.836<sup>2</sup> in Einrichtungen der Caritas befinden, insgesamt mithin 101.886 Plätze in kirchlicher Trägerschaft. Bezogen auf die 178.924 vom BMFSFJ für 2003 ermittelten Heimplätze, betrage der kirchlichen Trägern unterstellte Anteil von Heimplätzen für Behinderte 57 Prozent<sup>3</sup>, wohingegen er bei den Altenheimen nur noch höchstens ein Drittel beträgt.

In diesen Einrichtungen wird den Betroffenen oft dazu noch ein Lebenswandel aufgezwungen, der sich nicht primär an ihren Wünschen und Bedürfnissen, son-

dern an den religiösen Dogmen der Träger orientiert. Das betrifft insbesondere den Bereich der sexuellen Selbstbestimmung. Ich selbst hatte z.B. während meines Zivildienstes 1976 und 1977 in einem evangelischen „Heil- und Pflegeheim für geistig Behinderte“ den expliziten Dienstauftrag, homosexuelle Kontakte und Handlungen der Insassen untereinander zu unterbinden. Heterosexuelle Kontakte konnten sie aufgrund der strukturellen Gewalt dieser Institution erst gar nicht eingehen, in der geschlossenen Einrichtung lebten nur männliche Insassen. Auch wenn der damalige Leiter der v. Bodelschwingschen Anstalten, Pastor Johannes Busch etwa zehn Jahre später in dem einrichtungseigenen Informationsblatt „Der Ring“ selbstkritisch einräumt: „Wir Betheler haben in der Vergangenheit das Leben der behinderten Bewohner so gestaltet, daß bei uns nicht eingelöst werden konnte, was doch der Geschöpflichkeit des Menschen entspricht. Eine Lebensgemeinschaft von Paaren behinderter und kranker Menschen war von Anfang an in Bethel nicht möglich“ (Busch 1986, S. 3), und auch, wenn sich die diesbezügliche Praxis zwischenzeitlich in den meisten Einrichtungen gewandelt hat, nach wie vor enthalten stationäre Einrichtungen ihren Insassen elementare Lebensmöglichkeiten vor, die wir für uns als selbstverständliche Grund- und Menschenrechte in Anspruch nehmen. Außerdem: Auch nach dem Sinneswandel lässt Busch keinen Zweifel daran, wer nach wie vor den normativen Rahmen für die Entfaltung der bis dahin total unterdrückten Sexualität festlegt: „Der natürliche von Gott vorgegebene Raum in dem die Sexualität des Menschen zur Entfaltung kommen kann, ist nach unserem Verständnis die auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft von Mann und Frau“ (a.a.O., S. 5). Die sich aufdrängende Frage nach dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung für all diejenigen Insassen der v. Bodelschwingschen Anstalten, deren sexuellen Orientierungen und Präferenzen mit dieser Norm nicht im Einklang stehen, beantwortet Busch unmissverständlich: „Eine Herauslösung des Geschlechtsverkehrs aus der ganzheitlichen dauerhaften Lebensgemeinschaft von Mann und Frau mit dem Ziel ausschließlich sexueller Befriedigung halten wir nicht für schöpfungsgemäß, und das heißt, sie ist nicht dem Menschen gemäß. Wir denken deshalb nicht daran, dem in irgendeiner Form in unseren Einrichtungen Raum zu geben“ (a.a.O., S. 6).

Neben die strukturelle tritt in einer bislang unbekanntem, doch vermutlich nicht geringen Zahl von Einrichtungen auch noch die offene Gewalt gegen die Bewohner. Aufgrund der schwachen Datenlage kann allerdings derzeit nur „vermutet werden [...], dass Gewalt im stationären Bereich häufiger vorkommt als im ambulanten Sektor“. Im ambulanten Bereich erleiden „ca. 5–14 Prozent“ der Betroffenen Gewalt. (Bundesregierung 2006, S. 175). „Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit Gewaltanwendungen an Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sind freiheitsentziehende Maßnahmen die nicht zur Abwendung unmittelbarer Gefahren und nach richterlicher Genehmigung angewandt werden. Zur

Häufigkeit solcher Maßnahmen liegen keine verlässlichen Daten vor“ (Bundesregierung 2006, S. 176). Eine Stichtagserhebung kam 1998 zu dem Ergebnis, dass täglich etwa 400.000 Menschen solche freiheitsentziehende Maßnahmen hinnehmen müssen, medikamentös „ruhig gestellt“, gefesselt oder hinter Bettgitter gesperrt werden (Klie 1998a, 1998b). 1998 waren ca. 800.000 Menschen in Deutschland stationär untergebracht.

Menschen, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, sind in besonderem Maße von Vernachlässigung und Misshandlung bedroht und betroffen. Allerdings ist die Datenlage prekär. „Qualitätsmängel in der Pflege sind in allen Bereichen des Heimgeschehens zu finden und zeigen sich in verschiedenen Schweregraden. Repräsentative Daten dazu liegen bislang nicht vor“ (Bundesregierung 2006, S. 175).

Ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankversicherung fasst die Ergebnisse von ca. 7.600 „Qualitäts“-prüfungen in Pflegeeinrichtungen zusammen. Darin heißt es: „Versicherte, die Einschränkungen in der Fähigkeit haben, ihren Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf selbständig zu decken, werden häufig unzureichend mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt. Die Folge [...] ist [...] Unterernährung bzw. Austrocknung, die wiederum eine Akutversorgung notwendig machen“ (MDS 2001, S. 4). Zudem stellten die Gutachter fest, „dass Bewohnern Sondenkost verabreicht wird, obwohl sie durchaus mit Unterstützung des Pflegepersonals in der Lage wären, ausreichend zu essen und zu trinken. In solchen Fällen scheint die Gabe von Sondenkost nicht als pflegfachliche ultima ratio zur Aufrechterhaltung der notwendigen Flüssigkeits- und Kalorienversorgung des Pflegebedürftigen zu geschehen, sondern in der Absicht, die Pflege für das Pflegepersonal zu erleichtern“ (a.a.O., S. 5).

Aus demselben Grund werden einer wachsenden Anzahl von Menschen, die mit entsprechender Hilfe ganz normal zur Toilette gehen könnten, kurzerhand Darm- und Blasenkatheter gelegt oder sie werden gewandelt. Wörtlich heißt es: „Einrichtungsträger erliegen in zunehmendem Maße den Verheißungen der Inkontinenzmittelhersteller und bringen immer großvolumigere Inkontinenzeinlagen zum Einsatz, die oft unangemessen lang nicht gewechselt werden (Fassungsvermögen bis zu 3,8 Liter)“ (a.a.O., S. 5). Unerwähnt lassen die Gutachter allerdings, dass Sonden, Katheter und Inkontinenzeinlagen zumeist als pflegeerleichternde Hilfsmittel von ihren Auftraggebern, den Pflegekassen bezahlt werden.

„Neben Gewalt an und Vernachlässigung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern gelten Druckgeschwüre bzw. ‚Dekubiti‘ als Synonym schwerer Pflegemängel“ (Bundesregierung 2006, S. 176). Auch hier wird die schwache Datenlage bemängelt: „Zum Vorkommen von Dekubiti in bundesdeutschen Heimen liegen bislang erst ansatzweise Daten vor“ (a.a.O., S. 176). Das Institut für Rechtsmedi-

zin in Hamburg untersuchte 1998 im dortigen Krematorium 10.222 Leichname vor der Einäscherung. 11,2 Prozent von ihnen wiesen Dekubitalgeschwüre auf, Folge insbesondere von pflegerischer Vernachlässigung und falscher Ernährung. Bei 400 Personen waren sie schwerwiegend, bei 1 Prozent der Betroffenen, von denen mehr als die Hälfte vor ihrem Tod in Pflegeheimen lebten, höchstwahrscheinlich die Todesursache. Sollten diese Zahlen repräsentativ sein, sterben bundesweit jährlich zwischen 8.000 und 10.000 Menschen an Dekubitus“ etwa 27 pro Tag (Heinemann u.a. 2000, 2001).

Längst bedrohen sozialpolitische Restriktionen sogar das nackte Überleben. Schon am 13. September 1990 berichtete die Frankfurter Rundschau von der 69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: „Rechtsmediziner befürchten in der Bundesrepublik eine starke Zunahme unnatürlicher Todesfälle bei alten Menschen und Pflegefällen in Pflegeheimen und Krankenhäusern“. Der Präsidenten der Gesellschaft, H. J. Wagner, hatte im Einleitungsreferat darauf hingewiesen, dass „schon jetzt die Zahl der Todesfälle in besonderem Maße zugenommen [... habe], bei denen den Patienten offenbar zu viel Psychopharmaka oder Herzmittel verabreicht worden seien“. Nichts ist seither geschehen, im Gegenteil: Nach Angaben von H. J. Wagner (1999, A-3033) in einem neuerlichen Beitrag neun Jahre nach seiner oben zitierten Warnung „haben sich die Gesamtverordnungen von definierten Tagesdosen an Neuroleptika innerhalb der letzten zehn Jahre verdoppelt und liegen nach dem 98er Arzneiverordnungsreport bei 207 Millionen definierten Tagesdosen“.

Diese Beispiele sind keine bedauerlichen Einzelfälle, sondern Symptome struktureller Bedingungen. Gewiss sind nicht alle Heime über einen Kamm zu scheeren, doch sind stationäre Strukturen generell anfällig für Entwicklungen, wie sie geschildert wurden. Öffentliche Kontrollmöglichkeiten sind begrenzt und werden in Deutschland zusätzlich durch die schon immer bestehende Länderzuständigkeit und die dadurch bedingte Zersplitterung der Heimaufsicht erschwert. Die Konsequenz: „Ausweislich vorliegender Daten werden derzeit nicht alle Heime einer jährlich wiederkehrenden Prüfung unterzogen, wie dies gesetzlich vorgesehen ist (§ 15 Abs. 4 HeimG); die genaue Prüfquote ist jedoch nicht bekannt. Ferner schwankt der Anteil unangemeldeter Prüfungen je nach Bundesland erheblich“ (Bundesregierung 2006, S. 13). Im Bundesdurchschnitt beträgt er 42 Prozent (a.a.O., S. 204). Auch dieser Befund wirft Zweifel auf, ob die Übertragung der gesamten Zuständigkeit für das Heimwesen an die Länder eine sachgerechte Entscheidung war.

Hinzu kommt, dass sich die Lage durch eine immer restriktiver an engen fiskalischen Vorgaben, statt an der Menschenwürde der Betroffenen orientierte Sozialpolitik, die, wie die Beispiele zeigen, buchstäblich über Leichen geht, zunehmend zuspitzt. Mittlerweile hat das deutsche Heimwesen selbst die Vereinten Nationen

auf den Plan gerufen. Am 24. September 2001 brachte das eigentlich für eher zurückhaltende Äußerungen bekannte UNO-Komitee für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte anlässlich der routinemäßigen Vorlage des entsprechenden vierten Staatenberichtes der Bundesrepublik Deutschland „seine große Besorgnis über inhumane Bedingungen in Pflegeheimen aufgrund struktureller Mängel im Pflegebereich, wie dies vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDS) bestätigt worden ist“ (CESCR 2001, Nr. C24)<sup>4</sup>, zum Ausdruck und „drängt die Bundesrepublik, dringende Maßnahmen zu ergreifen, um die Situation der Patienten in Pflegeheimen zu verbessern“ (a.a.O., Nr. E42)<sup>5</sup>. Den bis zum 30. Juni 2006 angeforderten fünften Staatenbericht hat die Bundesregierung bislang noch nicht vorgelegt.

## **Der Vorrang ambulanter Hilfen und die Beharrlichkeit muraler Dominanz**

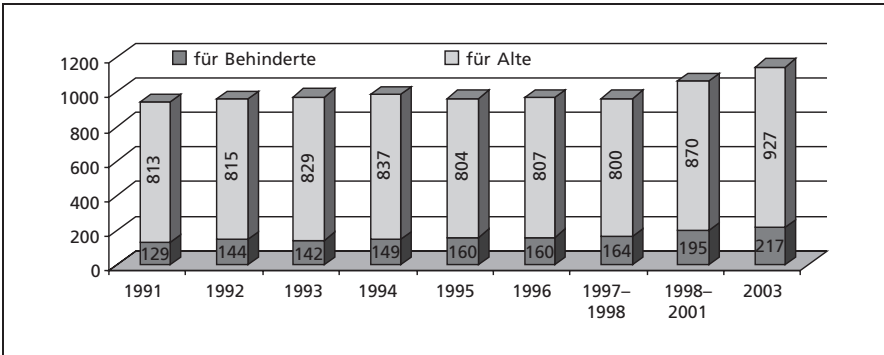
Früheren Bundesregierungen war durchaus bekannt: „Die Zahl der Heimunterbringungen könnte nach verbreiteter Einschätzung zunehmend gesenkt werden. Dieser Prozeß setzt neben einem ausreichenden Angebot an [...] differenzierten Wohnformen auch den weiteren Ausbau ambulanter Dienste voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken“. So steht es wortgleich im dritten (1994, S. 178) und vierten (1998, S. 85) allerdings nicht mehr im fünften (2004) Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation<sup>6</sup>.

Trotzdem werden immer mehr Heime gebaut und immer mehr Menschen stationär untergebracht. Im Bereich der Behindertenhilfe ermittelt die nicht offizielle Heimstatistik jedes Jahr neue Rekordhöchststände. Zwischen 1991 und 2003 weist sie einen Anstieg um 72 Prozent von 103.519 auf 178.924 aus<sup>7</sup>. Im Bereich der Altenheime zeigt sich diese Trend nicht ganz so eindeutig. Kurzzeitig, aber wenig nachhaltig, hat kam es 1995 sogar zu einem leichten Rückgang um 3,6 Prozent von 682.220 auf 675.588, vermutlich als Folge der damals in Kraft getretenen ersten Stufe der Pflegeversicherung. Leider war dieser Effekt wenig nachhaltig. Seit 1998 steigen auch hier die Zahlen wieder steil an. 2003 ist auch in der Altenhilfe ein bis dahin nie erreichter Höchststand von 765.451 Heimplätzen zu verzeichnen. Dieses Bild verändert sich nicht, wenn man die Zahlen zu denjenigen der Gesamtbevölkerung ins Verhältnis setzt. Auch die Institutionalisierungsquoten weisen einen kontinuierlichen Anstieg auf.

Die erdrückende Dominanz des muralen Bereichs insbesondere in der Behindertenhilfe lässt sich auch an der Sozialhilfestatistik aufzeigen. Ausweislich der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes erhielten 2004 insgesamt 647.667

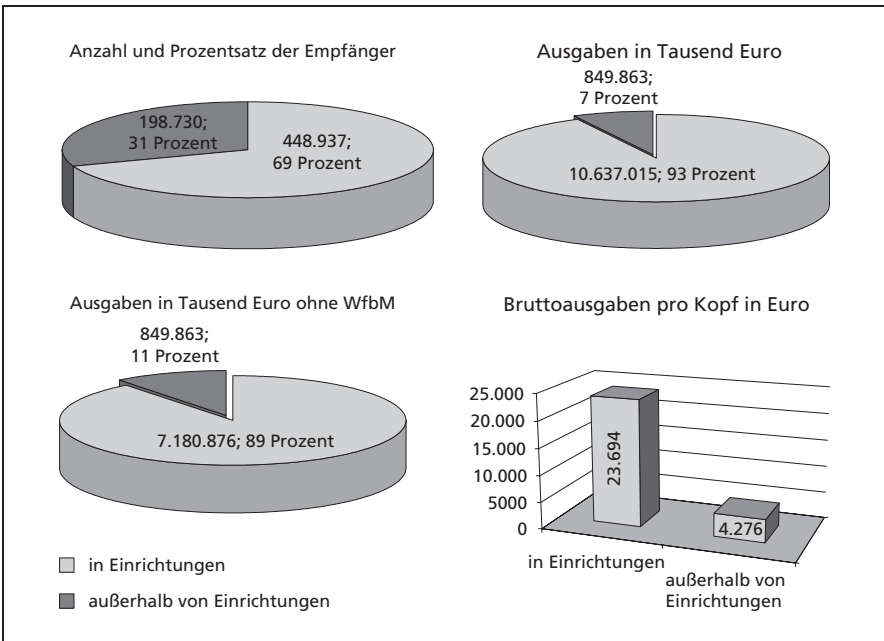


Abb. 2: *Institutionalisierungsquoten: Heimplätze je 100.000 Einwohnerin Deutschland*



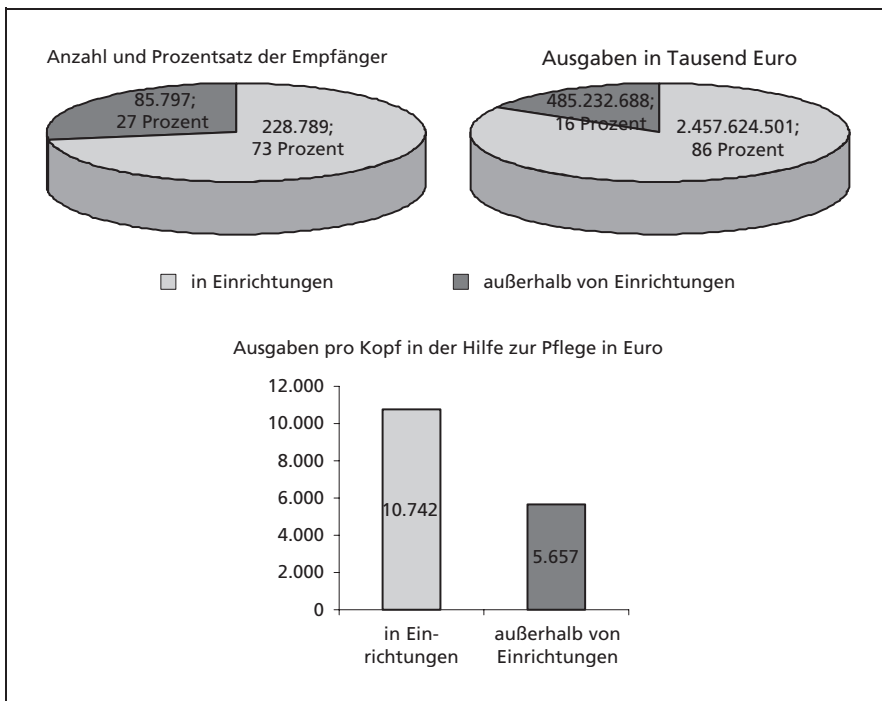
Quellen: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: BMFSFJ – Heimstatistik; 2003; BMFSFJ: Heime nach Heimgesetz (2003); Statistisches Bundesamt: Fachserie 1/Reihe 1.3, Bevölkerungsforschung 2003, Tab. 1.2; eigene Berechnungen

Abb. 3: *Anzahl und Prozentsatz der Empfänger der Eingliederungshilfe für Behinderte 2004*



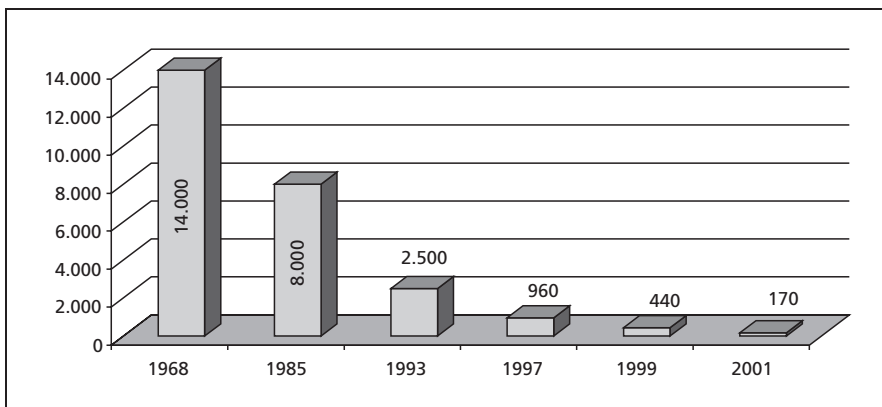
Quelle: Statistisches Bundesamtes Fachserie 13, R 2.2, 2004, Tab. A1.4, A1.5, A1.6, B1.1 eigene Berechnungen

Abb. 4: Empfänger und Ausgaben der Hilfe zur Pflege



Quelle: Statistischen Bundesamtes Fachserie 13, R 2.2, 2002, Tab. A1.4, A1.5, A1.6, B1.1 eigene Berechnungen

Abb. 5: In Heimen lebende Behinderte in Schweden



Quelle: Schwedisches Institut 2001, S. 2

Menschen in Deutschland Eingliederungshilfe für Behinderte. Mehr als zwei Drittel von ihnen lebten hinter stationären Mauern.

Von den 2004 aufgewandten Mitteln für die Eingliederungshilfe für Behinderte in Höhe von 11,5 Mrd. Euro erhielten Empfängerinnen und Empfänger, die außerhalb stationärer Einrichtungen lebten, gerade einmal 850 Mio. Euro, der Hauptanteil von 93 Prozent fließt dagegen in den muralen Sektor. Selbst wenn man die knapp 3,5 Mrd. Euro, die für Werkstätten für Behinderte aufgebracht werden, nicht berücksichtigt, liegt der Anteil der Eingliederungshilfe der in den stationären Bereich fließt, immer noch bei fast 90 Prozent. Auf jeden Hilfeempfänger außerhalb von Heimen entfiel dabei ein Durchschnittsbetrag knapp 4.300 Euro, für diejenigen, die stationär untergebracht waren, betrug der Aufwand mit fast 24.000 Euro durchschnittlich mehr als das Fünffache.

Nicht ganz so deutlich – zumindest bei den Ausgaben – aber in der Tendenz ähnlich verhält es sich bei der Hilfe zur Pflege.

Hier fließen 84 Prozent der aufgewandten Mittel in stationäre Einrichtungen, nur 16 Prozent kamen Hilfeempfängern außerhalb von Einrichtungen zugute, die pro Kopf im Durchschnitt nur gut die Hälfte des Betrages erhielten, der durchschnittlich für Heiminsassen aufgebracht wurde. Dass es anders geht, mit-hin niemand aus fachlich verantwortbaren Gründen stationär untergebracht sein muss, zeigt die Entwicklung in Schweden, wo seit 1968 kontinuierlich gemeinde-nahe ambulante Infrastrukturen entwickelt worden sind und wo es seit Ende 2000 gesetzlich verboten ist, Behinderter in einem Heim unterzubringen – mit Erfolg, wie die schwedische Heimstatistik zeigt.

In Deutschland hingegen werden nicht nur immer mehr Menschen stationär untergebracht. Auch die Anzahl derjenigen, die dort gegen ihren Willen aufgrund eines Gerichtsbeschlusses auf Antrag ihres gesetzlichen Betreuers festgehalten werden, nimmt kontinuierlich zu. Sie stieg zwischen 1992 und 2002 von 40.369 auf 107.208 und damit um 166 Prozent (vgl. Rohrmann 2004). Zu diesen legalen müssen noch die schon erwähnten illegalen freiheitsentziehenden Maßnahmen hinzugerechnet werden, von denen ausweislich der zitierten Stichtags-erhebung von Thomas Klie (1998a, 1998b) täglich 400.000 Menschen betroffen sind, um zu einer Vorstellung über das Ausmaß von Freiheitseinschränkungen im deutschen Heimwesen zu gelangen.

## **Zu den Gründen und Hintergründen der muralen Dominanz in Deutschland**

Es wurde schon erwähnt, dass die zunehmende murale Dominanz seit über 20 Jahren eklatant gegen einschlägige Rechtsnormen verstößt. 1984 wurde nämlich der § 3a neu in das damalige Bundessozialhilfegesetz eingefügt: „Die Träger der Sozialhilfe sollen darauf hinwirken, dass die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann“. Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu stellen nach den Gründen und Hintergründen für diese Diskrepanz zwischen Rechtsnorm und Rechtspraxis und ihre Beharrlichkeit.

### **Ambulante Dienste als neue Typen von Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Doch zuvor sei auf eine Entwicklung hingewiesen, die allerdings wohl eher Anstoß als Folge, o.g. Gesetzesnovelle von 1984 war, nämlich die Gründung ambulanter Dienste für Behinderte, meist unter maßgeblicher Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der ausgehenden Behindertenbewegung der 70er Jahre, die bis Anfang der 80er Jahre vor allem durch öffentlichkeitswirksame und teilweise regelverletzende Protestaktionen gegen gesellschaftliche Ausgrenzung Behinderter und alle Formen von Sondereinrichtungen gekämpft haben. Vor und insbesondere während des UNO-Jahres der Behinderten 1981 erfreuten sich die Aktionen dieser Initiativen eines regen Medieninteresses. Nach dem UNO-Jahr war dann der Medienmarkt im Hinblick auf Behindertenthemen für Jahre übersättigt. Diese Situation erzwang einen grundlegenden Wandel in den Politikformen der Behinderteninitiativen. Zunächst neben und zunehmend an die Stelle von Protestaktionen im Kampf gegen Aussonderung und institutionelle Sonderbehandlung – vor allem im Wohnbereich – trat mehr und mehr die Schaffung von Alternativen. Anfang der 80er Jahre entstanden in einigen Städten im Bundesgebiet ambulante Dienste, die nach dem Vorbild der Münchener Vereinigung Integrationsförderung, die sich schon 1978 gegründet hatte, das Ziel verfolgten, vor Ort eine Infrastruktur zu schaffen, die Menschen, die bei der Bewältigung ihres Alltages auf Unterstützung angewiesen sind, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in einer selbst gewählten Wohnform ermöglicht.

Wenig später entstanden, z.T. in erbitterter Gegnerschaft zu den ambulanten Diensten sog. Zentren für Selbstbestimmtes Leben (ZSL), die nach US-amerikanischem Vorbild die direkte Einstellung des Assistenzpersonals bei den Betroffenen favorisieren, um so gewissermaßen die institutionelle Abhängigkeit der Betroffenen in die Lohnabhängigkeit der Assistentinnen bzw. Assistenten umzu-

kehren. Den ambulanten Diensten werfen sie vor, lediglich eine neue Variante von Sondereinrichtungen zu sein, von denen Behinderte im Prinzip strukturell ebenso abhängig blieben, wie von den überkommenen Sondereinrichtungen, Ratzka (1988, S. 187) spricht z.B. unterschiedslos von „Bevormundung durch stationäre und ambulante Pflegeheime“.

Standen bei den ambulanten Diensten und ZSL zunächst vor allem pflegerische Bedarfe im Vordergrund, erweiterten einige dieser Einrichtungen ihr Angebotspektrum um das sog. ambulant betreute Wohnen, bei dem primär die pädagogische Begleitung sog. geistig Behinderter in einer selbst gewählten Wohnform im Vordergrund steht. Ein Angebot, das unter dem Label „ambulant betreutes Wohnen“ firmiert, wird zwischenzeitlich auch von stationären Trägern der Behindertenhilfe angeboten, der Status der Betroffenen unterscheidet sich allerdings bei beiden Varianten grundlegend. Während Behinderte, die diese Dienstleistung durch ambulante Dienste erhalten, Mieter ihrer Wohnungen sind und damit im Konfliktfall sogar über das Hausrecht gegenüber dem Betreuungspersonal verfügen, bleiben die Behinderten, die im betreuten Wohnen stationärer Träger leben, dem Rechtsstatus nach Heimbewohner. Diese Form des betreuten Wohnens lässt sich mithin eher als dezentralisierte stationäre Unterbringung charakterisieren.

Anfangs kamen bei den ambulanten Diensten fast ausschließlich Zivildienstleistende und schlecht bezahlte Honorarkräfte, „Schwarzarbeiter im Dienst der Nächstenliebe“ (Forster 1988, S. 37) zum Einsatz. Den neu entstandenen Diensten kam zu Gute, dass das Bundesamt für den Zivildienst damals händeringend neue Zivildienststellen suchte, um zu verhindern, dass Kriegsdienstverweigerer eine größere Chance hatten, der Dienstpflicht zu entgehen, als andere Wehrpflichtige. Neue Programme wurden aufgelegt, unter denen für die ambulanten Dienste vor allem das Programm der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) sehr interessant war. Dienststellen, die Zivildienstleistende für die häusliche „Betreuung“ Behinderter einsetzten, – der Assistenz-Begriff war damals noch nicht gebräuchlich – bekamen nicht nur deren Sold erstattet, sondern darüber hinaus auch Personalmittel für die Koordination der Einsätze. So konnten sich in manchen Städten ambulante Dienste als integrale Bestandteile der örtlichen sozialen Infrastruktur verankern und expandieren. Die Zahl der Zivildienstplätze in der ISB ist bis Ende der 80er Jahre kontinuierlich gestiegen – von 1.496 im Jahre 1981 auf 7.455 Ende 1989 (Bundesamt für den Zivildienst 1990, S. 38). Das entspricht einer Steigerung von 500 Prozent. Als dann nach Ende des kalten Krieges Anfang der 90er Jahre mit der Dauer des Kriegs- auch diejenige des Zivildienstes drastisch gekürzt wurde, war dies für die etwa zehn Jahre zuvor entstandenen Dienste eine große Gefahr, für einige aber auch eine große Chance. Manche haben diese Entwicklung nicht überlebt. In einigen – leider nur in sehr wenigen – Städten aber, in denen sie sich zwischenzeitlich fest etablieren konnten, wäre der Zusammenbruch dieser Dienste und die stationäre

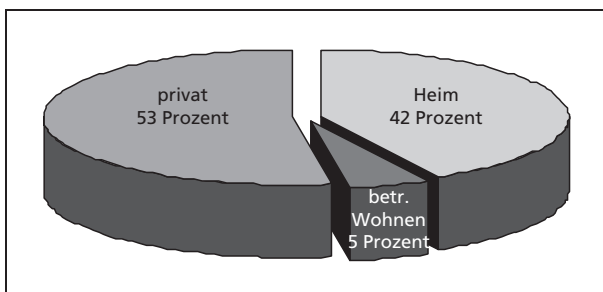
Unterbringung einer nennenswerten Anzahl von Behinderten, die teilweise seit zehn Jahren in einer eigenen Wohnung lebten, gewissermaßen von heute auf morgen politisch und auch faktisch kaum durchzusetzen gewesen. Hier konnten die Sozialhilfeträger – die Pflegeversicherung gab es damals noch nicht – dafür gewonnen werden, die Kosten für z.T. sogar tariflich entlohnte Pflegekräfte zu übernehmen. Diese Dienste konnten den fortschreitenden Bedeutungsverlust des Zivildienstes nicht nur verkraften, sie konnten sich dadurch sogar konsolidieren, ohne dass damit allerdings gesagt ist, sie seien nun ein für alle Male abgesichert. Die meisten von Ihnen feiern in diesen Jahren ihr 25jähriges Bestehen.

Zwar wurde und wird die Arbeit der wenigen bestehenden ambulanten Dienste immer wieder anerkannt und hoch gelobt. Das lässt jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass nur ein verschwindend kleiner Bruchteil der Betroffenen je in den Genuss ihrer Dienstleistungen kommt.

Behinderte, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten, leben bundesweit zu 95 Prozent entweder privat ohne professionelle Unterstützung oder im Heim.

Nur 5,3 Prozent leben in einer Wohnung im Rahmen des betreuten Wohnens, wobei nicht weiter differenziert wurde, ob im Rechtsstatus eines Mieters oder eines Heimbewohners (con\_sens 2003, S. 29).

Abb. 6: Wo wohnen Behinderte in WfbM?



Quelle: con\_sens 2003, S. 29

„Familie oder Heim“ sind also auch heute noch die „unzulängliche(n) Alternativen für das Leben behinderter Menschen“ (Wacker/Metzler 1989), wie dies u.a. und nicht zum ersten Mal bereits während des 2. Symposiums der Universität Tübingen vor 15 Jahren beklagt wurde (vgl. ebd.). Schon damals gelangten die Herausgeberinnen des Tagungsbandes zu der Einschätzung. „Bis ein Recht auf Erwachsenwerden akzeptiert ist und Eltern sich nicht mehr zur ‚permanenten Elternschaft‘ verurteilt sehen müssen, werden die behinderten Menschen, ihre Familien und ihr weiteres soziales Umfeld noch vielfältige Hindernisse zu überwinden haben“ (a.a.O., S. 13). Leider hat diese Aussage bis heute an Aktualität eher gewonnen, als verloren.

## **Zur ungebrochenen Beharrlichkeit muraler Dominanz in der Behindertenhilfe**

Obwohl neben dem schon erwähnten schwedischen Beispiel die wenigen Dienste, die es gibt, in den Jahren ihres Bestehens mehrfach den Nachweis erbracht haben, dass es unter fachlichen Gesichtspunkten weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht Bedarfe gibt, die nicht prinzipiell auch in einer selbst gewählten Wohnform abgedeckt werden können, mithin kein Mensch gegen seinen Willen stationär untergebracht sein muss, wenn vor Ort geeignete Angebote vorhanden sind, haben sie sich, wie die hier dokumentierten Zahlen zeigen, bislang nur als qualitative, nicht jedoch in quantitativer Hinsicht als Alternative zur stationären Unterbringung etablieren können. Bis heute wird in den meisten Städten die Vorschrift des § 3a BSHG bzw. seit 2005 des § 13 SGB XII schlicht ignoriert und den Betroffenen eine entsprechende Infrastruktur vor Ort, die sie für ein Leben in einer selbst gewählten Wohnform benötigen, vorenthalten. Sie werden auf diese Weise behindert, an sozialen Zusammenhängen gleichberechtigt teilzuhaben und selbstbestimmt zu leben. Zynischerweise wird diese, den Betroffenen angetane Behinderung häufig auch noch mit der Schwere einer ihnen vermeintlich anhaftenden Behinderung fachlich legitimiert.

Mehr als zwanzig Jahre nach Einführung des Vorrangs ambulanter vor stationärer Hilfen in das BSHG muss gesagt werden: Das damit verbundene Anliegen des Gesetzgebers ist gescheitert. In der Praxis gilt nach wie vor das Prinzip stationär vor ambulant – und das nicht erst, seit o. g. Vorrang unter Kostenvorbehalt steht. Dafür mag es eine Reihe von Ursachen geben. Auf eine sei hier besonders verwiesen: Diese Rechtsnorm wurde als programmatische Sollvorschrift in das BSHG eingeführt. Die Aufgabe, den Gesetzesauftrag umzusetzen, hat der Gesetzgeber so vor allem den Trägern der Sozialhilfe zugewiesen. Damit aber hat er ganz offenkundig die falschen beauftragt. Die Träger waren in den letzten zwanzig Jahren nicht willens oder nicht in der Lage, in ihrer Gesamtheit jedenfalls in keiner Weise daran interessiert, ihrer Rechtspflicht nachzukommen. Wenn der Gesetzgeber den Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen auch praktisch realisieren möchte, muss er andere Akteure mit der Umsetzung beauftragen, als die Träger der Sozialhilfe und zwar solche, die auch wirklich ein Interesse haben, diese Rechtsnorm umzusetzen. Niemand hat hieran wohl ein größeres Interesse, als die Betroffenen selbst.

## **Mehr Markt statt einklagbarer Rechtsanspruch: Das Persönliche Budget als neuerliche Maßnahme der Kostendämpfung?**

Dies scheint der Gesetzgeber auf den ersten Blick begriffen zu haben. Mit der Verankerung des schon im Behindertenhilferecht (SGB IX) eingeführten Persönlichen Budgets als freiwillige Wahlleistung auch im SGB XII, will er die Betroffenen in die Lage versetzen, selbst am Wohlfahrtsmarkt diejenigen Dienstleistungen einzukaufen, die sie benötigen und wünschen. Ausdrücklich versteht der Regierungsentwurf das „Persönliche Budget [...] auch (als) ein mögliches Steuerungsinstrument zum Beispiel für den Ausbau alternativer Wohnformen an Stelle stationärer Versorgung. Die entsprechende Infrastruktur wird sich noch entwickeln müssen“ (Bundestags-Drucksache 15/1514, S. 52). Tatsächlich ist davon auszugehen, dass das Persönliche Budget die Stellung der Betroffenen gegenüber den Einrichtungsträgern stärken wird, jedenfalls diejenigen, die in der Lage sind, ihre Interessen selbst zu vertreten. Seine Einführung ist insofern durchaus ein Schritt in die richtige Richtung.

Zu bezweifeln ist allerdings, dass ein wie auch immer inszeniertes Marktgeschehen eine entsprechende Infrastruktur hervorbringen wird. Märkte orientieren sich nicht an Bedarfen, sondern an allein an Gewinnoptionen, genauer, sie orientieren sich an solchen Bedarfen, die nachfragefähig sind und Gewinnaussichten versprechen. Die spannende Frage wird also sein, ob das Persönliche Budget ausreichen wird, um die Betroffenen so nachfragefähig werden zu lassen, dass eine entsprechende bedarfsdeckende Infrastruktur tatsächlich flächendeckend entsteht? Es gibt mehrere Gründe, dies zu bezweifeln.

Schon die Einbettung der erstmaligen gesetzlichen Verankerung des Vorrangs ambulanter Hilfen in das Haushaltsbegleitgesetz 1984, einem Gesetz zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte, ließ darauf schließen, dass es dem Gesetzgeber zumindest auch um Kostendämpfung ging. „Ambulante Hilfen sind oft sachgerechter, menschenwürdiger und zudem kostengünstiger. Die bisherige Tendenz zum Ausbau vorrangig des stationären Bereichs birgt [...] die Gefahr der ‚Abschiebung‘ älterer Menschen oder Behinderter aus ihrem Lebenskreis“ (Bundestags-Drucksache 10/335, S. 103), hieß es damals in der regierungsamtlichen Begründung. Dass es ausschließlich um die Kosten ging, offenbarte sich 1996, als der Gesetzgeber den Vorrang ambulanter Hilfen unter Kostenvorbehalt stellte, nachdem sich gezeigt hatte, dass diese Hilfeform zwar immer noch sachgerechter und menschenwürdiger, jedoch, wenn als professionelle Dienstleistung und nicht als private Reproduktionsleistung oder als ehrenamtliches Almosen gewährt, nicht immer kostengünstiger ist. Auch im neuen SGB XII bleiben Menschenwürde und Schutz vor Abschiebung weiterhin unter Kostenvorbehalt ge-



stellt. Ebenso wurde auch die Kodifizierung des Vorranges ambulanter Hilfen lediglich als programmatische Sollvorschrift beibehalten. So bleiben weiterhin die Sozialhilfeträger für die Umsetzung verantwortlich, obwohl ihre diesbezügliche Unfähigkeit in den letzten 20 Jahren auch dem Gesetzgeber nicht verborgen geblieben sein kann.

Hätte der Gesetzgeber das Prinzip „ambulant vor stationär“ wirklich auch in der Praxis umsetzen wollen, hätte ihm ein weit wirksameres Mittel zur Verfügung gestanden, als das Persönliche Budget. Er hätte einfach die Betroffenen ermächtigen müssen, selbst für die praktische Umsetzung zu sorgen, ihnen neben dem Persönlichen Budget einen subjektiv einklagbaren Rechtsanspruch auf den Vorrang ambulanter Hilfen an die Hand geben und zugleich den Kostenvorbehalt aus dem Gesetz streichen müssen. Mit einer solchen Sozialhilfereform hätte er die Betroffenen tatsächlich zu Kunden am Wohlfahrtsmarkt gemacht und die Chance eröffnet, die Machtasymmetrie zwischen Einrichtungsträgern und Betroffenen zu durchbrechen und dem Vorrang ambulanter Hilfen auch in der Praxis zur Durchsetzung zu verhelfen. Das wäre auch ein erster Schritt gewesen, um die wachsende Diskrepanz zwischen der zunehmend auf Teilhabe und Selbstbestimmung ausgerichteten Behindertenpolitik, als deren vorläufigen Höhepunkte das 2002 in Kraft getretene Bundesgleichstellungsgesetz sowie das nach langer Debatte endlich 2006 verabschiedete Antidiskriminierungsgesetz angesehen werden können, und der immer restriktiveren Sozialpolitik, die die Fortschritte der Behindertenpolitik immer mehr konterkariert, wieder zu überwinden.

In der jetzigen Form jedenfalls bleibt die Einführung des Persönlichen Budgets halbherzig. Es steht zu befürchten, dass Subjektförderung zu einer Kostendämpfungsmaßnahme verkommt, so, wie seinerzeit die Einführung des Vorrangs ambulanter Hilfen auch (vgl. Ewinkel/Rohrmann 1995). Dann aber werden die Betroffenen am Wohlfahrtsmarkt eben nicht hinreichend marktfähig, jedenfalls soweit sie sich den Zugang zum Markt nicht aus eigenen Mitteln erschließen können. Die Folge wird u.a. ein Zwei-Klassen-Wohlfahrtsstaat sein: Einer relativ gut abgesicherten Gruppe pflegebedürftiger, alter oder behinderter Menschen, die sich Menschenwürde leisten können, steht dabei die wachsende Anzahl derer gegenüber, die auf die niedrigen und mutmaßlich noch sinkenden Standards des SGB XII verwiesen sind. Die Entwicklung eines flächendeckenden und bedarfsgerechten Angebots ambulanter Dienste ist unter diesen Bedingungen wohl kaum zu erwarten.

Es ist wohl kaum zu erwarten, durch die Ökonomisierung des Sozialwesens würden die Zielgruppen der sozialen Arbeit zu Kundinnen bzw. Kunden, die künftig Einfluss auf die Angebote nehmen oder sie gar steuern könnten. Das Angebot auf dem Wohlfahrtsmarkt wird auch künftig und mehr denn je von den Kosten-

trägern gesteuert werden, wobei der Gesetzgeber ihnen unmissverständlich auferlegt hat, dies vor allem unter Kostengesichtspunkten zu tun. Die Kostenträger entscheiden außerdem, wer überhaupt auf dem Wohlfahrtsmarkt tätig wird und wer nicht, denn der Gesetzgeber schreibt den Anbietern seit 1996 vor, Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern abzuschließen, ehe sie zum Markt zugelassen sind. Die Befürchtung, dass die Kostenträger dieses Instrument äußerst restriktiv handhaben und peinlichst darauf achten werden, dass sich Angebote nicht etwa an den realen Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen, sondern nach engen fiskalischen Vorgaben orientieren, ist keineswegs übertrieben, sondern explizite Rechtsnorm (früher § 93 BSHG, seit 2005 § 75 SGB XII).

Soziale Arbeit droht auf diesem ja keineswegs freien, sondern auch weiterhin hochgradig von staatlicher Gesetzgebung und öffentlichen bzw. öffentlich-rechtlichen Kostenträgern geradezu planwirtschaftlich gelenkten Markt zu einer Ware zu verkommen, deren Qualität und Quantität mehr, denn je von den Kostenträgern definiert und determiniert wird. Die nämlich und nicht die Betroffenen sind auf diesem Markt die wirklichen Kunden und die Ware, um die es auf diesem Markt geht, lässt sich bestimmen als Dienstleistung, deren verallgemeinerter Inhalt darin besteht, so kostengünstig, wie möglich, soziale Probleme zu entsorgen, auch, wenn die Menschenwürde dabei auf der Strecke bleibt.

## Anmerkungen

- 1 Stand: 01.01.2002
- 2 Stand: 01.01.2003
- 3 Tatsächlich wird er etwas niedriger liegen, da die Gesamtzahl mutmaßlich höher liegt, als die Statistik ausweist (vgl. Fn. 1)
- 4 Wörtlich: „The Committee expresses its grave concern about inhumane conditions in nursing homes owing to structural deficiencies in nursing, as confirmed by the Medical Service of the national associations of health insurances (MDS).“
- 5 Wörtlich: „The Committee also urges the State party to adopt urgent measures to improve the situation of patients in nursing homes.“
- 6 Auf die Situation von Behinderten, die in Heimen leben, geht der letzte Behindertenbericht kaum ein, sondern verweist auf den fälligen, aber damals zumindest der Öffentlichkeit noch nicht vorliegenden Heimerbericht (Bundesregierung 2004, S. 128). Der Heimerbericht allerdings beschränkt sich bei seinen Ausführungen, mit Hinweis darauf, dass ja „bereits eine umfangreiche Berichterstattung des Bundes zur Situation behinderter Menschen“ (Bundesregierung 2006) vorliege, vor allem auf die Situation von älteren Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtung. So umgehen beide Berichte diskret eine Dokumentation der Lage jüngerer Behinderter in Heimen.
- 7 Die tatsächliche Anzahl ist vermutlich deutlich höher zu veranschlagen. Die Heimstatistik wird aufgrund freiwilliger Meldungen der Bundesländer ohne Rechtspflicht vom BMFSFJ erhoben. Die Meldungen erfolgen nicht immer bezogen auf denselben Stich-

tag. Die Daten für die Zeiträume 1997–1998 und 1998–2001 fassen Daten zu unterschiedlichen Stichtagen innerhalb dieser Zeiträume zusammen. Zudem melden viele Länder nicht regelmäßig. In diesem Fall werden dann einfach die zuletzt erhobenen Zahlen fortgeschrieben, die angesichts des nicht zu übersehenden Zunahmetrends mutmaßlich deutlich unter den tatsächlichen Zahlen liegen.

## Literatur

- Brings, N./Rohrmann, E.: Jüngere Behinderte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 53. Jg. Heft 4/2002, S. 146–152
- Bundesamt für den Zivildienst: Daten und Fakten zur Entwicklung von Kriegsdienstverweigerung und Zivildienst Köln Februar 1990
- Bundesregierung: Behinderung und Rehabilitation. Dritter und vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn 1994; 1998
- Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. BT-Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004
- Bundesregierung: Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Bonn 2006. Nur im Internet verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=heimbericht,rwb=true.pdf>
- Busch, J.: Lebensgemeinschaft entsprechend den Möglichkeiten behinderter Menschen. In: Der Ring. Informationsblatt der v. Bodelschwingschen Anstalten, H. 6, 3–6.
- CESCR: Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Germany. E/C.12/1/Add.68. 24. 09. 2001.
- con\_sens: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für Behinderte. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Hamburg 2003
- Ewinkel, C./Rohrmann, E.: Der Vorrang ambulanter Hilfen ... – ... darf nicht länger zur Maßnahme der Kostendämpfung verkommen. In: fib (e.V.): Leben auf eigene Gefahr. München: Sozialpolitischer Verlag 1995
- Deutscher Caritasverband (Hg.): Die katholischen sozialen Einrichtungen und Dienste der Caritas in der Bundesrepublik Deutschland. Stand 01.01.2003. Freiburg o.J. (2004)
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD): Einrichtungsstatistik. Stand 01.01.2002. Stuttgart 2003
- Drolshagen, M./Rohrmann, E.: Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in der stationären Altenhilfe aus der Sicht der Betroffenen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 54. Jg. Heft 11/2003, S. 461–468
- ECHR (European Court of Human Rights), Third Section: Case of Storck v. Germany (Application no. 61603/00). Judgement Strasbourg 16 June 2005
- Forster, K.: Schwarzarbeiter im Dienst der Nächstenliebe. In: Mayer/Rütter 1988, S. 37–41
- Mayer, A./Rütter, J. (Hg.): Abschied vom Heim. Erfahrungsberichte aus Ambulanten Diensten und Zentren für Selbstbestimmtes Leben. München: AG SPAK 1988

- MDS: Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung zur gemeinsamen Anhörung des Gesundheitsausschusses und des Ausschusses für Familien, Senioren, Frauen und Jugend am 4. April 2001 zu den vorliegenden Gesetzentwürfen zur Pflege und zum Heimgesetz 2001
- Ratzka, A.: Aufstand der Betreuten. STIL – Persönliche Assistenz und Independent Living in Schweden. In Mayer/Rütter 1988, S. 183–201
- Rohrman, E.: Mit dreißig ins Altersheim – Zur Lage junger Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: Behindertenpädagogik, 42. Jg., Heft 1/2/2003, S. 173–185
- Rohrman, E.: Wie frei muss ein freier Wille sein? Anmerkungen zur geplanten Einführung des § 1896 Abs. 1a BGB im Rahmen der Änderung des Betreuungsrechtes. In: Widersprüche, 24. Jg., Heft 92, Juni 2004, S. 83–95
- Schwedisches Institut: Die schwedische Behindertenpolitik. In: Tatsachen über Schweden Juni 2001
- Wacker, E./Metzler, H. (Hg.): Familie oder Heim. Unzulängliche Alternativen für das Leben behinderter Menschen? Frankfurt a. M.: Campus 1989

*Prof. Dr. Eckhard Rohrman,  
Institut für Erziehungswissenschaft der Philipps-Universität Marburg,  
Schwanallee 50, 35037 Marburg  
E-Mail: rohrman@staff.uni-marburg.de*



Charlotte Jurk

## **Was macht Depression zur „Volkskrankheit“?**

### **Über die Karriere einer Diagnose**

---

Kürzlich haben steigende Zahlen auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten, insbesondere der Depression für öffentliches Aufsehen gesorgt. Nicht nur einige Krankenkassen begannen nach Belegen für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit zu suchen, die Rentenversicherungen, wie auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes belegten einen dramatischen Anstieg der Diagnose „Depression“ in diesem Land. In mehreren Städten wurden von Medizinerinnen „Kompetenznetzwerke“ zum Thema Depression gegründet, Patienteninitiativen arbeiten seither Hand in Hand mit Psychotherapeutenpraxen an einer „Enttabuisierung“ des Themas.

Inzwischen hat sich die erste Aufregung gelegt, die Depression ist aus den Schlagzeilen verschwunden, nicht ohne sie inzwischen zur „Volkskrankheit“ erklärt zu haben. Der Tatbestand wurde in der breiten Öffentlichkeit nicht in Frage gestellt, scheint die Feststellung der Diagnose doch mit der Alltagserfahrung zusammenzustimmen, nach der immer mehr Menschen im eigenen Lebensumfeld niedergeschlagen, einsam und perspektivlos sind. Der Griff zum Psychopharmakon, der Gang zum Therapeuten sind zum überlebensnotwendigen Normalfall geworden. Die Medikalisierung sämtlicher Seelenzustände ist im Gange und hat mit der Propagierung der Depression als „Volkskrankheit“ einen entscheidenden Etappensieg errungen. Was diesen Sieg eher zu einer Gefahr, denn zu einem Segen macht – dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden.

## **Die Entstehung der Depression**

Depression ist eine medizinische Diagnose. Wie jede Krankheitsdiagnose sagt sie etwas aus über die Abweichung von dem, was im Allgemeinen für „normal“ gehalten wird. Von Egon Friedell stammt die Bemerkung, jede Epoche mache

sich ihre Krankheiten, die ebenso wie Kunst oder Wirtschaft eine für das jeweilige Zeitalter spezifische Hervorbringung sei. Insofern enthält jede Diagnose einen Abdruck gesellschaftlicher Wirklichkeit. Andererseits sind Diagnosen selbst mächtig. Von Experten erforscht und formuliert geht von ihnen ein eigen-tümlicher Überzeugungszwang aus. Wer gesund sein will, soll sich am ermittelten „Normalwert“ orientieren und sein Verhalten den Ratschlägen der Experten anpassen. Die Geschichte psychiatrischer Diagnosen spiegelt daher einerseits wider, was in der jeweiligen Zeit von psychiatrischen Ärzten als „Abweichung“ definiert wird, andererseits schaffen die Diagnosen erst die „Abweichung“, Ausgrenzung und Stigmatisierung, die bekämpft werden soll.

Wirft man einen Blick in die Psychiatriegeschichte, so begegnet man der Depression als eigenständiger Krankheitsbezeichnung gegen Ende des 19. Jahrhunderts erstmals. Zu diesem Zeitpunkt ist sie noch fest eingemauert in die abgesonderte Landschaft des Wahnsinns. Der Psychiater Emil Kraepelin benutzt den Terminus „depressiv“, um das „zirkuläre Irresein“, den Wechsel zwischen tiefster Niedergeschlagenheit und wahnhafter Manie als „manisch-depressives Irresein“ (MDI) zu kennzeichnen. Damit beginnt die Existenz der Depression als neue diagnostische Krankheitseinheit<sup>1</sup>. Kraepelin greift nicht zufällig gerade diesen Begriff heraus, ist er doch überzeugt, dass der Wahnsinn seine Ursache in gestörter biologisch-organischer Funktion von Gehirn und Nervenbahnen habe. Die Botschaft der damals jungen Wissenschaft der Psychiatrie lautet: Jede psychische Abweichung beruht auf einer Fehlfunktion der biologischen Masse Gehirn.

Das um 1890 erstmals von Kraepelin benannte manisch-depressive Irresein findet sich in den psychiatrischen Anstalten der damaligen Zeit in der Gestalt schwerkranker Menschen<sup>2</sup>. Die Phase der Schwermut ist so heftig, dass die Betroffenen sich nicht mehr bewegen können, nichts mehr essen wollen. Ihre Mimik ist unveränderbar. Sie erscheinen wie erstarrt, es ist die Abwesenheit jeglichen Gefühls; die innere Leere, die sie am meisten belastet. Dazu kommen häufig heftige Schuldvorwürfe, Verschuldungs- oder Kleinheitswahn. Menschen in solchem Zustand sind verzweifelt genug, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Manisch-depressive Patienten sehen die Psychiater in den Irrenanstalten des 19. Jahrhunderts, wenn Familienangehörige nicht mehr weiterwussten, sie den Vater oder die Mutter nicht mehr zum Essen brachten oder der Ernährer der Familie aufgrund seiner ununterbrochenen Selbstanklagen zum öffentlichen Ärgernis wird. Unheimliche Fallgeschichten werden in den psychiatrischen Lehrbüchern den Lesern präsentiert. Das manisch-depressive Irresein gilt in dieser Zeit als schwere Krankheit, die in Schüben auftritt. Sie wird von unauffälligen Phasen unterbrochen, in denen eine Gesundung vermutet wird, aber nur, weil die nächste, heftigere Phase sich vorbereitet.

Auch wenn für Kraepelin die „Manisch-depressiven“ immerhin Besserungschancen haben, weist die Krankheit doch auf einen heillosen Kern. Er zählt sie zu

den „endogenen Psychosen“, also zu den Geisteskrankheiten, die „mindestens sehr oft, vielleicht immer angeboren sind“ (Kraepelin 1913: 1369). Die psychiatrischen Ärzte während der Jahrhundertwende haben gutachterlich tätig zu sein: Schulfähigkeit, Militärtauglichkeit, Geschäftsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit sollen diagnostiziert werden. Kraepelin stellt fest, dass „[...] bei weitem die meisten Kranken, die wir in unseren Anstalten unterbringen, nach unserer heutigen Kenntnis der Dinge von vornherein verloren sind.“ Sozialdarwinistische Überlegungen führen dazu, dass gerade die psychiatrische Zunft im Phänomen der Geisteskrankheit nach Belegen für „Minderwertigkeit“ sucht. Kraepelin: „Den allgemeinen Ausdruck erblicher Entartung bildet neben dem Auftreten ausgeprägter geistiger Erkrankungen namentlich die Ungleichmäßigkeit der psychischen Veranlagung“ (Kraepelin 1900: 189). Bekanntermaßen war es der Psychiater Alfred Hoche, der gemeinsam mit dem Juristen Karl Binding in den 1920er Jahren die denkwürdige Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ veröffentlichte und damit die spätere Euthanasie der Nationalsozialisten rechtfertigte (vgl. Klee 1983).

Während für Kraepelin das manisch-depressive Irresein eine zwar besserungsfähige, aber nicht heilbare Krankheit darstellte, hatte er großes Verständnis für die schwermütigen Neurastheniker der Jahrhundertwende. Die waren nicht in psychiatrischen Anstalten, sondern in Privatsanatorien untergebracht und erholten sich von ihrer Erschöpfung, die Kraepelin eine „Krankheit unserer Zeit“ nannte: „[...] das Anwachsen der großen Städte und der in ihnen herrschende Wettbewerb bedingen für einen großen Teil des Volkes eine Erhöhung der zu bewältigenden Anforderungen, zugleich eine größere Zersplitterung der Tätigkeit, Unrast und Unregelmäßigkeit der Lebensführung [...]“ (Kraepelin 1900: 190).

Kraepelin hat den Terminus „Depression“ als Diagnose eingeführt. Er enthält seine Vorstellung biologisch begründeter Geisteskrankheit. Kritische Psychiater am Anfang des 20. Jahrhunderts weigerten sich daher, für Phasen der Schwermut den Begriff „Depression“ zu verwenden. Sie beharrten darauf, es mit Formen der Melancholie zu tun zu haben und wollten diese Begriff keineswegs aufgeben. „Der Irrtum aber beginnt da, wo statt der Idee der Schein der erreichten Idee gegeben wird, wo statt der Einzelforschung fertige Schilderungen von Krankheitseinheiten gegeben werden, wie von der *Dementia praecox*<sup>3</sup> und vom manisch-depressiven Irresein.“ Das schreibt Karl Jaspers in seinem Lehrbuch Anfang der 1930er Jahre. Im Rückgriff auf den Begriff der Melancholie wollte man zu einem Verstehen der Schwermut kommen, zu ihrem Sinn und Gehalt. Auch Sigmund Freud spricht in seiner Schrift „Trauer und Melancholie“ eben nicht von Depression. Und doch bleibt die Depression hartnäckig anwesend. Sie eignet sich, anders als die Melancholie, weit eher zur wissenschaftlichen Zerstückelung. So gibt es in Abkehr oder Ergänzung von Kraepelins Krankheitskon-



zept die „endogene“ Depression, die auch „zirkuläre“ Depression genannt wird oder auch „bipolar“ oder „psychotisch“ – dann gibt es die „reaktive“ oder „exogene“ Depression, die „neurotische“ Depression oder „depressive Neurosen“ – auch „depressive Syndrome“ oder „depressive Verstimmungen“ werden bereits vor dem zweiten Weltkrieg in Fachkreisen diskutiert. Einig ist man sich darüber, dass die „Depression“ in erster Linie *Symptom* einer tiefer liegenderen psychischen Ursache ist.

## Die Wende der Depression

Eine entscheidende Wende der Diagnose ereignet sich nach dem zweiten Weltkrieg. Anlass dazu ist die Entwicklung der ersten Psychopharmaka und die neurologische Forschung ab Ende der 1950er Jahre.

1957 beschrieben die Psychiater Kielholz und Kuhn die Wirkung eines Mittels, das sie an Patienten testeten, als „antidepressiv“. Doch die Idee einer pharmakologischen Behandlung konnte sich in Europa anfangs wenig durchsetzen. Karl Jaspers schreibt in seinem Lehrbuch 1959: „Unsere Mittel wirksamer, heilender körperlicher Behandlung sind spärlich, *zumal wir bei der überwältigenden Mehrzahl der geistigen Abnormitäten und Krankheiten von entscheidenden körperlichen Ursachen nichts wissen.*“ Die Überzeugung, es gebe chemische Mittel gegen psychische Krankheiten basiert auf der Idee der psychischen Krankheit als Körper- bzw. Gehirnkrankheit. Eine Pille gegen den Wahnsinn ist vorstellbar, wenn die biologischen Krankheitsvorstellungen eines Emil Kraepelin zur wissenschaftlichen Grundlage gemacht werden. In der Medizin boomte nach dem zweiten Weltkrieg die biochemische Forschung, Die Nobelpreise der Jahre 1947 und 1950 erhielten Forscher für den Nachweis der Wirkungsweise von Hormonen. Warum sollte man nicht ähnliche Erfolge im Bereich der Seelenkrankheiten erzielen?

Gerade auf dem Feld der unsichtbaren, substanzlosen psychischen Krankheiten zeigt sich deutlich, wie interpretierende Diagnose, individuelle Befindlichkeit und politisch-gesellschaftliche „Stimmungslage“ kaum entwirrbar zusammenhängen. Ein gutes Beispiel dafür liefert die „Entdeckung“ des ersten Antidepressivums in den USA. Iproniazid wurde von Nat Kline, einem amerikanischen Psychiater an psychisch Kranken getestet. Die Substanz ist ein Derivat von Hydrazin, dem legendären Stoff, aus dem das nationalsozialistische Deutschland in den letzten Kriegstagen Raketentreibstoff zur Entwicklung der rettenden „Wunderwaffe“ synthetisieren wollte. Als Kriegsbeute wurden große Mengen Hydrazin von amerikanischen Chemieunternehmen in Deutschland beschlagnahmt. Iproniazid als Abkömmling eines Raketentreibstoffs wirkt antidepressiv – Kline erklärte der amerikanischen Öffentlichkeit, Marsilid (der Markenname für

Iproniazid) sei ein „psychic energizer“, der die politisch gewollte Leistungssteigerung der amerikanischen Bevölkerung möglich machen werde. Unter dem Namen Amitriptylin vermarktete schließlich Merck die Substanz und unterstützte Anfang der 1960er Jahre die Verbreitung des neuen Medikaments durch die Herausgabe eines Buches über Depression, das die Depression als weit verbreitete Krankheit und keinesfalls nur als klinische Erscheinung darzustellen wusste. Der Aufstieg der Depression zur behandlungsbedürftigen Massenerkrankung hat hier begonnen.

## Auswirkungen der Pille gegen Depressionen

Auch wenn sich die Verbreitung der Antidepressiva, wie die neue Stoffgruppe genannt wird, zunächst zögerlich durchsetzt, die Existenz einer Pille gegen Depression verändert das Krankheitskonzept. Zum einen scheint die Wirkung der Chemikalie die Theorie zu bestätigen, Depression sei ein körperlicher Vorgang. Zum anderen verlieren die unterschiedlichen Ausprägungsweisen der Niedergeschlagenheit ihre Eigenständigkeit, wenn ein und dieselbe Pille zu wirken beginnt. Nach dem Erscheinen der Antidepressiva auf dem Markt beginnen sich diagnostische Begriffe wie „endogene“<sup>4</sup> und „exogene“ Depression langsam aufzulösen. Hatte nicht die Wirkung der Antidepressiva gezeigt, dass *die* Depression *eine* Krankheit sei, die man nicht, wie bisher, nach ihrer Verursachung unterscheiden sollte? Schließlich gilt nun jede Depression als behandelbar. Wozu noch einen Unterschied machen? Umgekehrt wird als Symptom einer Depression gewertet, was durch die Medikamente beeinflusst wird: Schlafstörungen, Appetit, Aktivität ändern sich unter Medikation, also wird diesen „objektiven“ Zustandsänderungen von nun an mehr Gewicht gegeben, als subjektiven Äußerungen des Patienten. Depression ist nicht mehr Symptom eines tieferliegenden psychischen Problems, sondern selbst eine spezifische Störung, die abgeschaltet werden kann. Im gleichen Atemzug verwischen sich die Grenzen der Diagnose mehr und mehr. 1960 bereits schreibt Ludwig Binswanger: „Wenn wir das Wort Depression so weit als immer möglich vermeiden, so deswegen, weil dieser Begriff heute so verschiedenartige Bedeutungen hat, ja so verwaschen ist, dass er nicht mehr zum Ausgangspunkt einer phänomenologischen Untersuchung gemacht werden kann“ (Binswanger 1960: 10). Alain Ehrenberg erwähnt in seinem Buch eine Tagung französischer Psychiater im Jahr 1977. Bei ihnen macht sich Unsicherheit breit, wie Depression definiert werden soll. Wie kann einer Beliebigkeit der Diagnose entgegengewirkt werden, wenn Depression ausschließlich als diejenige Krankheit bezeichnet wird, die auf Antidepressiva reagiert (vgl. Ehrenberg 2004: 174)?

## Lifestyle Depression

1987 wird in den USA eine neue Generation von Antidepressiva auf den Markt gebracht. Unter dem Namen „Prozac“ (in Deutschland z.B. Seroxat – Wirkstoff SSRI<sup>5</sup>) wird ein Medikament gepriesen, das es als „Glücksdroge“ auf die Titelblätter aller wichtigen Zeitschriften schafft. Der Lancet schreibt 1990: „Die Depression zu beenden wird ebenso einfach sein, wie eine Schwangerschaft zu verhindern. Nehmen Sie Ihre Pille und seien Sie glücklich.“

In England stieg der Anteil dieser Medikamentengruppe an allen Antidepressiva von 1 Prozent im Jahr 1991 auf 32 Prozent im Jahr 1995. In Deutschland ist die Verschreibung dieser Stoffgruppe von 2001 auf 2002 allein um 25 Prozent angestiegen. In einer Recherche der Deutschen Bank zu Gewinnerwartungen im Pharmabereich werden die Antidepressiva als Lifestyle-Erzeugnisse eingeordnet. Ganz im Trend „wellness und zwar subito“ sei der ansteigende Konsum von Potenzmitteln, Antifettmitteln und Antidepressiva. „Für die international tätigen Pharmaunternehmen eröffnet sich hier ein Milliardengeschäft und damit zugleich eine Möglichkeit, den verschärften Kostenbegrenzungen in den Gesundheitssystemen vieler Industrieländer auszuweichen [...]. Das bisher lohnendste Geschäft im gesamten Lifestyle-Segment ist der Boom mit Anti-Depressiva“ (Perlitz, Deutsche Bank Research).

Mit „Prozac“ geht es vor allem um Verhaltensregulierung, die Schwelle der Verschreibung wird gesenkt, indem behauptet wird, diese neuen Medikamente seien quasi nebenwirkungsfrei. Diffuse Ängste sind unter der Medikation weniger spürbar. So wird die Depressionsdiagnose wieder ein Stückchen weiter ausgedehnt. Prozac ist multifunktional einsetzbar: „Depressive Stimmung, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gewichts/Appetitschwankungen, Mangel an Konzentration, Verlangsamung, Unruhe, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, Todesgedanken“ (Prozac-Werbung).

Das erfolgreichste Antidepressivum aller Zeiten erscheint gerade zum richtigen Zeitpunkt. Erschöpfung, Unlust, Frustration, niedergeschlagene Stimmung – dies alles sind Hürden im schärfer gewordenen Wettbewerb, in den unsicheren Zeiten des individualisierten Erfolgskampfes. „Prozac“ passt ins Globalisierungszeitalter. „Mangels langfristiger Sicherheit erscheint das Streben nach ‚unmittelbarer Befriedigung‘ als eine vernünftige Strategie. Was immer das Leben zu bieten haben mag, das Angebot möge bitte ‚hic et nunc‘ gelten – auf der Stelle“ (Bauman 2003: 144). Zygmunt Bauman beschreibt das bemühte Wohlfühl-Bedürfnis als Tünche für ein unterschwellig sich ausbreitendes Gefühl der Leere, der Langeweile und der Angst vor der Zukunft.

## Widerspenstige Depression

Tatsächlich jedoch stellt sich eine Wunderwirkung der neuen Medikamente gegenüber der Depression nicht ein. Die psychiatrische Literatur der 1970er Jahre gibt noch zu: „30 oder 40 Prozent der Depressionen widersetzen sich der Behandlung, die antidepressive Wirkung zeigt sich erst nach zwei bis drei Wochen“ (Ehrenberg 2004: 172). Das könnte aber genau der Zeitpunkt sein, an dem die Depression ohnehin am Abklingen ist. Der Arzt müsse erwägen, dass 80 Prozent oder mehr der depressiven Patienten sehr wahrscheinlich ohne Behandlung wieder gesund würden, stellt 1975 der Psychiater Byck fest (vgl. Medawar). Und Klaus Dörner schreibt in seinem Lehrbuch „Irren ist menschlich“: „Kein Mensch kann dauerhaft schwer depressiv sein. Es ist also eher lächerlich, das Ende einer Depression als therapeutischen Erfolg zu feiern“ (Dörner 2002: 221).

Ohnehin ist bekannt, dass Antidepressiva gegenüber Placebo-Versuchen nie besonders gut abgeschnitten haben. Mit den üblichen wissenschaftlichen Methoden fand eine Forschergruppe in den USA sogar heraus, dass 89 Prozent der Placebos gleiche Wirkung hatten wie Prozac. Glaxo-Smith-Kline hatte sein Antidepressivum Seroxat an Kindern und Jugendlichen getestet mit dem Resultat, dass dieses schlechter wirkte, als das Placebo. Aus diesem Grund werden in Arzneimitteltestungen häufig besonders Placebo-Empfindliche aus der Versuchsgruppe ausgesondert. Dadurch fällt die positive Wirkung des Medikaments natürlich stärker ins Gewicht. Hollister berichtet über eine Testung Ende der 1960er Jahre: Man habe eine Arzneimittelstudie vorbereitet, indem man eine Woche lang den depressiven Probanden nur Placebos verabreichte. Dadurch erhoffte man sich, die Placebo-Empfindlichen auszusondern und die Wirkung der einzelnen Mittel bei den verbleibenden besser studieren zu können. Überrascht mussten die Psychiater feststellen, dass sie am Ende der Woche 50 Prozent der Versuchspersonen verloren hatten, weil sich ihre Depression unter der Gabe von Placebos maßgeblich gebessert habe. Hollister auf die Frage, ob Antidepressiva besser wirken als Placebos: „Ja, aber kaum“ (Medawar).

Die Antidepressiva bereiten ihrerseits massive neue Probleme. Offensichtlich existiert ein Problem beim Absetzen des Medikaments, das jedoch keineswegs ausgesprochen werden darf. Im Gegenteil bestehen die psychiatrischen Experten stets auf der Notwendigkeit einer hochdosierten und langfristigen Einnahme. „Aus-schleichend“ kann das Medikament dann abgesetzt werden. Probleme in dieser Phase werden in den meisten Fällen als Rückkehr der Depression gedeutet, nicht aber als Problem einer Abhängigkeit vom „Glücksstoff“. Doch auch die Einnahme ist keineswegs unproblematisch. In Großbritannien gerieten die Nebenwirkungen der neuen Antidepressiva wie Seroxat im Oktober 2002 in die Schlagzeilen. Erregungszustände und Selbstmordgedanken beim Absetzen von Seroxat

wurden geschildert. 2003 erschien eine Studie, die belegte, dass bei „depressiven“ Kindern ein 3,2-faches Selbstmordrisiko bestand, wenn sie Seroxat verschrieben bekamen. Seitdem ist es in Großbritannien verboten, Kindern unter 18 Jahren dieses Medikament zu verordnen (Frankfurter Rundschau, 6.4.2004).

Wenn es wahr sein soll, dass Psychopharmaka überaus wirksam sind, wie kommt es dann, dass heute dreimal so viele Zwangserkrankte in der Psychiatrie behandelt werden wie vormals, dass die Patientenzahl überhaupt sich verfünffzehnfachen konnte und die psychiatrische „Karriere“ in immer früherem Lebensalter beginnt? Warum werden die Probleme immer größer, wenn doch die Behandlung so effektiv zu sein beansprucht? Warum bekommen Kinder schon im Alter von 3 oder 4 Jahren Medikamente wie Ritalin oder Prozac? Warum wird dem Verdacht nicht nachgegangen, dass das Antidepressivum Prozac selbst der Verursacher vieler psychischer Probleme ist? Solche und ähnliche Fragen stellte der Psychiater David Healy (2000) im kanadischen Toronto einem universitären Fachpublikum und verwirkte damit seinen Ruf als Professor an die Universität, der ihm bereits zugesichert war. In psychiatrischen Fachkreisen reagiert man allergisch auf solche Fragen, insbesondere wenn Eli Lilly, Hersteller von Prozac, dem Klinikum der Universität Toronto gerade eine „großzügige“ Spende in Höhe von 1 Millionen Dollar angewiesen hatte.

## Ausufahrung psychiatrischer Diagnosen

Jede Befindlichkeitsstörung kann heute unter dem „Label“ Depression zur gefährlichen, behandlungsbedürftigen Krankheit, die in Verwaltung und unter die Kontrolle von Medizinern und Psychologen gehört, verwandelt werden. Im Internationalen Kodierungskatalog für Krankheiten (ICD) werden die Krankheiten mit einer Ziffer kodiert, die als ärztliche Leistung mit der Krankenkasse abrechenbar sind. Angststörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, gar das prämenstruelle Syndrom gelten im aktuellen ICD 10 als Ereignisse zur Nachfrage medizinischer Leistungen. Erläuterung zur Anpassungsstörung: „Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch schwerer körperlicher Krankheit auftreten.“ Ja schon, aber was ist daran krank?

Der Schweizer Psychiater Asmus Finzen hat mit der Flut psychiatrischer Patienten seine Schwierigkeiten: „Ein großer Teil jener Patienten, die sich wegen psychischer oder körperlicher Befindlichkeitsstörungen in ärztliche Behandlung begibt, ist, wenn wir die Definition eng fassen, weder psychisch noch körperlich krank und bedarf dementsprechend eigentlich auch keiner Therapie“ (2002: 47).

## Kampagnen zur Verbreitung der Depression

Jedoch: die Definition wird nicht eng gefasst – im Gegenteil. Im Zug der Biologisierung der Psychiatrie wird jede Gehirntransmitterleistung optisch darstellbar, Nervenhormone werden messbar und Abweichungen haben Krankheitswert. „Forschungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben gezeigt, dass das Kontrollsystem für Stresshormone bei Depressionskranken gestört ist. Es wurde untersucht, ob das vom Gehirn freigesetzte Stresshormon CRH (Corticotropin-freisetzendes Hormon) auch auf der Verhaltensebene die für eine Depression charakteristischen Anzeichen und Symptome hervorrufen kann. Zahlreiche Versuche, an Menschen, Ratten und Mäusen wiesen darauf hin, dass CRH tatsächlich Verhaltensänderungen hervorruft, die der Psychopathologie der Depression entsprechen“ (Kompetenznetzwerk Depression). Die Logik: nicht der Stress ist störend, sondern die körperliche Unzulänglichkeit, damit angemessen fertig zu werden. Menschliches Verhalten (das sich aus der Sicht der Forscher offensichtlich nicht allzu sehr von dem der Mäuse und Ratten unterscheidet) ist Ergebnis einer Hormonausschüttung, diese ist steuerbar, jeder sollte auf den Willen zur Selbststeuerung eingeschworen werden. Deshalb: „Viele antidepressive Medikamente setzen an dieser Stelle an und bringen den Hirn-Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht.“ Das 1999 gegründete „Kompetenznetzwerk Depression“ schreibt dies in seiner Presseerklärung und betreibt damit massive Depressions-„Propaganda“. Da bleibt kein Depressiver unentdeckt. In einem Selbsttest kann man sich überführen: „Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen unter gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit, Schwunglosigkeit, fehlendem Selbstvertrauen, verminderter Konzentrationsfähigkeit, vermehrter Selbstkritik, negativen Zukunftsperspektiven, hartnäckigen Schlafstörungen, vermindertem Appetit oder tiefer Verzweiflung, dann sollten Sie sich bei zwei zutreffenden Fragen die Depressionsdiagnose stellen und den Arzt aufsuchen.“

Mit 12,5 Millionen Euro Förderung ist das Projekt das größte dieser Thematik in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Initiatoren der Kampagne sind die Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Dieses verfügt über ausgezeichnete Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie. 2002 wurde auf dem Gelände des Instituts zusammen mit GlaxoSmithKline ein gemeinsames Forschungslabor („Genetic Research Centre“) gegründet, das von dem Pharmaunternehmen in Millionenhöhe finanziert wird. Geforscht wird dort nach den „biologischen Grundlagen der Depression“.

## Depression eine Frage der Ökonomie

Die WHO erklärte das Jahr 2001 zum Jahr der seelischen Gesundheit. Weltweit wurden Interviews zur mentalen Befindlichkeit der Menschen durchgeführt. Im abstrakten Gesundheitsmodell der WHO wird seelische Gesundheit folgendermaßen definiert: Sie ist subjektives Wohlfühlen, Fähigkeit zur Autonomie und Möglichkeit der „Selbst-Aktualisierung“ des eigenen intellektuellen und emotionalen Potentials. Gemessen an dieser Definition ist die Wahrscheinlichkeit, psychisch krank zu sein außerordentlich hoch. Der auf vorgefertigte Fragen geäußerte Unmut von Johannesburg bis Kalkutta wurde in Datenbanken ausgewertet und soll nun ein Bild der seelischen Befindlichkeit der Weltbevölkerung widerspiegeln. Damit nicht genug. Um die Tragweite psychischer Krankheit eindrucksvoll zu belegen, hat man sich bei der WHO folgende Berechnung ausgedacht: Ausgegangen wird von einem Wert an Krankheitsbelastung, der sich ergibt aus dem aktuellen Gesundheitsstatus und der Abweichung vom idealen Zustand, in dem „jedermann ohne Krankheit und Behinderung alt wird“ (World Health Report 2001: 25). Der DALY (disability-adjusted life year), nämlich ein „verlorenes“ Jahr an Gesundheit, soll nun angeben, wieviel Gesundheit weltweit durch mangelhafte psychiatrische Versorgung verloren geht. So verwundert es nicht, wenn im WHO-Report flugs 25 Prozent der Weltbevölkerung für psychiatrisch behandlungsbedürftig erklärt werden. Depressive Erkrankungen seien eine enorme gesellschaftliche Belastung, da sie mit 11,9 Prozent an erster Stelle der „gelebten Jahre mit Beeinträchtigung“ rangieren. Für die WHO ist Depression ein Rechenexempel und fügt sich damit auffällig nahtlos an Gewinn- und Verlustrechnungen im ökonomischen Sektor. So bemerkte Ivan Illich 1998 anlässlich eines Gesundheitskongresses zutreffend: „Die Kriterien, die aus einem Index von Meßergebnissen jene Merkmale selektieren, mit denen ein klinisches Profil erstellt wird, sind zunehmend ökonomisch“ (Illich 1998). Hohen Krankheitswert hat demnach eine Krankheit, von der bewiesen werden kann, dass sie viel kostet. Eine Studie zu den „gesundheitsökonomischen Aspekten der Depression“ aus dem Jahr 2001 führt aus: „Aufgrund der gesteigerten Morbidität und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verursachen depressive Störungen im Gesundheits- und Wirtschaftssystem eines Landes erhebliche Kosten.“ Dies dürfte auch der Grund sein, warum die deutschen Krankenkassen 2002 (DAK-Bericht) und 2004 (BKK-Bericht) Alarm schlugen. Obwohl der Gesamtanteil an Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen bei der DAK im Jahr 2002 nur 0,86 Prozent betrug, schlägt die Depression als ökonomischer „Verlust“ zu Buche. Die *Dauer* der Krankschreibung ist nämlich bei psychischen Erkrankungen besonders lang und so landet die Depression bei Frauen auf Platz drei hinter Rückenschmerzen und Atemwegsinfektion.

## Depression heute

Heutige Depression ist eine synthetische Angelegenheit, ein künstliches Geschöpf. Hervorgegangen aus einer Reihe von Befragungen, den Wirkungen eines chemischen Cocktails, Vorstellungen über die Funktionen des Gehirns, unsichtbaren Zwängen einer all dem unterlegten Gesundheitsökonomie. Ihre Sinnhaftigkeit hat sie verloren. Verstehen kann man sie kaum, denn im psychiatrischen Codierungskatalog hat sie keinen Anlass und keine Ursache mehr. Sie ist leicht (ICD 10: F.32.0), mittelschwer (F.32.1) oder schwer (F.32.3). Psychiater wie Binswanger konnten noch unterscheiden zwischen einer gesunden Schwermut und einer krankhaften Melancholie. Viktor Frankl konnte in den 1970er Jahren noch behaupten, 93 Prozent derjenigen Studenten, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, seien „physisch und psychisch gesund“ gewesen. Sie litten an einem Gefühl der Sinnlosigkeit – jedoch nicht an einer Krankheit.

Heutige Depression ist die Schuld des Einzelnen. Das biologische Erklärungsmuster eignet sich dazu, Persönliches (kranke Gene, entgleiste Hirnchemie) und Gegebenes (Stress, Unsicherheit) in einer unausweichlichen Behandlungsbedürftigkeit münden zu lassen. Depression entsteht, wenn ein Mangel an Anpassung vorliegt. Schließlich ist es doch so einfach, die unangenehme Lähmung und Passivität hinter sich zu lassen, Ängste und Unsicherheiten im Nebel legaler Drogen aufzulösen.

Autonomie, Abgrenzung, „Selfness“, Ich-AG, Selbstmanagement, Selbstsorge – all dies sind Ikonen moderner Identität. Zu den entscheidenden Tugenden soll zählen, was sich in besonderer Weise zur Stärkung des Selbst eignet. Das Kreisen um die Ausbildung des nötigen Selbst-Bewusstseins wird für entscheidend gehalten im Konkurrenzkampf. In Zeiten der Selbst-Verantwortlichkeit ist stets dem eigenen Versagen die Schuld zuzurechnen, nicht ausreichend mithalten zu können. Jedoch der Verlust des Anderen, Einsamkeit und Isolation bringen im gleichen Atemzug den eigentlichen Kern der Selbstpflege zum Vorschein und verstärken ihn noch: die ängstliche Sorge, vollkommen ausgeliefert zu sein.

In einer Gesellschaft, die die seelischen Ressourcen ihrer Mitglieder als arbeits- und verwertungsrelevant anzapft, in der Glück als Pille käuflich ist und Einsamkeit zur „Autonomie“ hochstilisiert wird, muss der niedergeschlagene Mensch krank sein. Die vollkommene Auslieferung an Psychopharmaka und Therapeuten erscheint uns dann paradoxerweise nur wenig mit Sorge zu erfüllen.

Die krankmachende Wirkung eines medizinischen Rasters, dem nichts „Suboptimales“ entgeht, verschärft die Paradoxie noch. Das eigene Unvermögen erstreckt sich nun auch noch darauf, sich vielleicht nicht *richtig* behandeln zu lassen. Die biologische Psychiatrie ist heute vorherrschend und drängt ein soziales



und gesellschaftliches Dilemma zur Seite, das sie nicht lösen kann. Art und Weise des psychiatrischen Systems vertiefen dieses Dilemma. Ein vormals einflussreicher Psychiater wie Johann Glatzel steht Ende der 1980er Jahren schon im Abseits, wenn er schreibt: „Eine Psychiatrie, die sich ohne Not der Melancholie als einer besonderen Weise des Selbst- und Weltverhältnisses begibt, ignoriert damit eine anthropologische Konstante und nimmt nicht teil an einer Diskussion, die eine bedeutsame Seite des Menschen zum Gegenstand hat. [...] Vorgeführt wird stattdessen ein dokumentationsgerechter Homunkulus tristi [...]“ (1990: 47). Die solchermaßen vollführte sozusagen zweifache Niedergeschlagenheit ist die Gefahr, die die Depression als Diagnose und System birgt.

## Anmerkungen

- 1 „Depression“ spielte bis zu diesem Zeitpunkt in der Medizin keine Rolle. Ähnlich wie „Hochdruck“ im Blutsystem beschrieb „Depression“ lediglich einen minderen Druck in den damals sogenannten „Nervensäften“, den Verbindungsbahnen zum Gehirn.
- 2 Betroffen von dieser speziellen Ausprägung von Schwermut, stets gepaart mit gefährlicher Hochstimmung ist bis heute eine kleine Gruppe von Menschen. Es ist zu vermuten, dass ihr Anteil bei ca. 0,5 bis 0,8 Prozent (Schätzung des Bundesgesundheits-surveys von 1998) aller Krankheiten liegt.
- 3 Erste Bezeichnung für die spätere ‚Schizophrenie‘.
- 4 Unterscheidung nach der Ursache der Depression. „Endogen“ nannte man die Depression als „angeborene“ Geisteskrankheit (Kraepelin u.a.), als „exogen“ galt die Depression, wenn ihr Anlaß bekannt und nachvollziehbar war, z.B. im Fall von Trauer oder Trauma.
- 5 Abkürzung für: „Selective Serotonin Reuptake Inhibitor“ (Selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer)

## Literatur

- Bauman, Zygmunt 2003: *Flüchtige Moderne*. Frankfurt.
- Binswanger, Ludwig 1960: „Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien“. Pfulingen.
- Dörner, Klaus 2002: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn.
- Ehrenberg, Alain 2004: *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt.
- Finzen, Asmus 2002: *Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen*. Bonn.
- Glatzel, Johann 1990: *Melancholie und Wahnsinn. Beiträge zur Psychopathologie und ihren Grenzgebieten*. Darmstadt.
- Healy, David 2000: *The Antidepressant Era*. Harvard.

- Illich, Ivan 1998: „Und führe uns nicht in die Diagnose, sondern erlöse uns aus dem Streben nach Gesundheit.“ Vortrag in Bologna. [www.pudel.uni-bremen.de](http://www.pudel.uni-bremen.de)
- Jurk, Charlotte 2006: Der niedergeschlagene Mensch: Depression, eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose. Gießen: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/>
- Klee, Ernst 1983: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung unwerten Lebens“. Frankfurt.
- Kompetenznetz Depression. Presseinformation. Depression, Suizidalität. Ein bundesweites Projekt zur Optimierung von Therapie und Forschung. S. 35 [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)
- Kraepelin, Emil 1913: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band II. Leipzig.
- Kraepelin, Emil 1900: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band I. Leipzig.
- Medawar, Charles: The Antidepressant Web. Marketing depression and making medicines work. [www.socialaudit.org.uk](http://www.socialaudit.org.uk)
- Perlitz, Uwe: Deutsche Bank Research: Pharmamarkt: Run auf Lifestyle-Drugs von Demographie verstärkt. [www.dbresearch.de](http://www.dbresearch.de) (5.4.2004)
- World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. [www.who.int](http://www.who.int)

*Dr. rer. soc. Charlotte Jurk, Marktstraße 22, 65399 Kiedrich  
E-Mail: [ch.jurk@web.de](mailto:ch.jurk@web.de)*



Henning Schmidt-Semisch und Jan Wehrheim

## **Exkludierende Toleranz oder: Der halbierte Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“<sup>1</sup>**

---

Der Umgang mit illegalisierten Drogen wurde im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts im wesentlichen durch zwei drogenpolitische Ansätze bestimmt: Hatte man bis in die 80er Jahre hinein in DrogenkonsumentInnen vor allem Kriminelle gesehen, die Gesetze übertreten hatten und daher bestraft werden mussten, so trat seit Mitte der 80er und vor allem in den 90er Jahren zunehmend das Bild von DrogenkonsumentInnen als Suchtkranken in der Vordergrund, Menschen also, die behandelt und geheilt werden sollten. Dieser bis heute jedoch nicht umfassend vollzogene Wechsel stand in engem Zusammenhang mit der Erstarkung der akzeptierenden Drogenarbeit, die sich insbesondere für die Interessen der DrogengebraucherInnen stark machen, ihre Selbsthilfe stärken und langfristig eine Liberalisierung der Drogenpolitik erreichen wollte. Aber obgleich die akzeptierende Drogenarbeit mittlerweile als etablierte Form der Drogenhilfe bezeichnet werden muss, darf diese Etablierung allenfalls als halbiertes Erfolg gewertet werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Hoffnungen und Ziele der Selbstorganisationen der DrogengebraucherInnen. Diesen ging es, so hat es zumindest Sebastian Scheerer (2002: 113) formuliert, bei ihren Bemühungen nämlich stets um zweierlei: „Erstens um soziale und medizinische Hilfen, die diesen Namen auch verdienten (und nicht verschleierte Disziplinierungsmaßnahmen wären), und zweitens darum, als Bürger wahrgenommen, behandelt und respektiert zu werden, die weder besser noch schlechter als die anderen seien.“ Beide Ziele, so muss man heute allerdings feststellen, sind allenfalls halbherzig realisiert worden: Einerseits ist (Drogen-)Hilfe weiterhin immer auch mit Kontrolle verknüpft, und andererseits ging es der offiziellen Drogenpolitik zu keinem Zeitpunkt um eine wirkliche Akzeptanz des Drogenkonsums oder gar der DrogenkonsumentInnen, sondern lediglich um einen partiellen Austausch der Defizit-Ideologien von Kriminalität und Krankheit.

Die (gerade auch akzeptanzorientierte) „Drogen-Hilfe-Szene“ war dabei in den vergangenen Jahren vor allem darum bemüht, ihre Projekte zu etablieren und

abzusichern und schließlich vor dem Rotstift zu bewahren. Zu kurz gekommen ist u.E. bei all der akzeptanzorientierten Drogenarbeit die akzeptanzorientierte Drogenpolitik: Diese Beschränkung auf den Hilfeaspekt, ist allerdings „zugleich die Stärke und die Schwäche des Akzeptanzparadigmas“ (Scheerer 2002: 117). Dabei liegen die Stärken und Erfolge der akzeptierenden Drogenarbeit vor allem in der Etablierung neuer Hilfeangebote (Druckräume, Methadonvergabe, Heroinverschreibung etc.) – ihre Schwächen aber eben gewissermaßen auch. Scheerer verdeutlicht seine Kritik mit folgender Analogie: Homosexuelle, so Scheerer, hätten heute sicherlich immer noch viele Probleme; strafbar sei ihr Lebensstil gegenwärtig allerdings nicht mehr, und wir hielten es auch für gut und normal, dass man sich in Bezug auf Schwule nicht darauf beschränkt habe, die Kriminalisierung bestehen zu lassen und allenfalls in deren Rahmen für karitative Erleichterungen und Überlebenshilfen zu sorgen: „Akzeptierende Schwulendarbeit wäre ja eine denkbare Alternative zur Kriminalisierung gewesen: Einrichtung von Treffpunkten für Schwule, Aufklärung über safer sex, Verteilung von Kondomen, Spezialeinrichtungen für jugendliche Schwule, für ältere Schwule, für Eltern von Schwulen. Dazu eine fortschrittliche Organisation namens ‚akzept‘ und viele Kongresse zugunsten der Schwulen. Doch sind wir froh, dass es kam, wie es gekommen ist“ (Scheerer 2002: 117f.).

In der Drogenpolitik hingegen, so Scheerer weiter, hielten wir es für gut und normal, die Kriminalisierung beizubehalten und lediglich in ihrem Rahmen für gewisse karitative Erleichterungen und („akzeptierende“) Überlebenshilfen zu sorgen. So hielten es etwa Klaus Schuller und Heino Stöver (1990: 11) für unausweichlich, dass „der Anspruch der Akzeptanz vor dem Hintergrund des politisch Machbaren [...] diskutiert und realisiert werden“ musste. Und auch wenn man in diesem Zusammenhang über weitergehende politische Veränderungen nachdenken wollte (vgl. Stöver 1990: 186ff.), so beschränkte man sich doch weitgehend darauf, die Dinge ein wenig anders zu problematisieren und im Übrigen neue „Treffpunkte einzurichten, die Angebote zu differenzieren, zu humanisieren und zu medizinalisieren“ (Scheerer 2002: 118). Man braucht das in diesem Kontext Erreichte (und oben zum Teil Benannte) keineswegs in Abrede stellen, um zugleich doch festzustellen, dass sich die akzeptierende Drogenarbeit durch ihr Arrangement mit Kriminalisierung und Kontrolle selbst zur Alternative einer wirklich anderen Drogenpolitik gemacht hat. Dieses Arrangement war gleichsam der Preis, den die akzeptierende Drogenarbeit zahlte, um im Umkehrschluss staatliche Gelder für ihre Projekte zu erhalten. Auf diese Weise wurden ihre Projekte und Ideen zwar finanziell abgesichert, aber eben nur unter jenen Bedingungen, die staatlicherseits vorgegeben wurden – und welche die beabsichtigte inkludierend gemeinte Akzeptanz schon bald in eine Art real exkludierende Toleranz verwandelten. Den gesellschaftlichen Hintergrund dieser nicht intendierten Wandlung bilden u.a. Entwicklungen, die man zum Begriff einer neuen *urbanen*

*Kontrollpolitik* zusammenbinden kann und die vor allem in Maßnahmen räumlicher Exklusion zum Ausdruck kommen.

Wir werden im folgenden zunächst auf einige Aspekte dieser neuen urbanen Kontroll- und Ordnungspolitik eingehen, um im Anschluss daran zu skizzieren, wie die vermeintlich emanzipatorischen Projekte akzeptierender Drogenarbeit ins Arsenal dieser Politik inkorporiert worden sind.

## Urbane Kontroll- und Ordnungspolitik

Derzeit wird ein Wandel in der Kriminalpolitik der Länder des fortgeschrittenen Kapitalismus diskutiert. Der auf (Re-)Integration zielende „penal welfarism“ der 1960er und 1970er Jahre scheint, wie u.a. David Garland (2001) anmerkt, vorbei zu sein. An seine Stelle träten zwei neue Varianten, wobei bislang nicht geklärt scheint, in welchem Verhältnis diese beiden Varianten zu einander stehen: Einerseits wird von einer Dramatisierung von Kriminalität und einer Diabolisierung von Kriminellen gesprochen, die darauf zielten, mit dem Thema Kriminalität einen „Herrschaftssicherungsmehrwert“ (Peters 2005) zu erwirtschaften – Kriminalpolitik diene dazu, politische Herrschaft zu stabilisieren oder auszubauen. Andererseits wird insbesondere in Anlehnung an Jonathan Simon und Malcom Feeley (1992; 1994) die These einer „new penology“ oder „actuarial justice“ vertreten, die einen Trend zum kühlen Management von Kriminalität behauptet. Diese Art des Denkens betrachtet deviantes Verhalten oder Kriminalität als normal, als eine soziale Tatsache, die nicht zu bewältigen, sondern allenfalls zu managen sei. Und: „It is sceptical that liberal interventionist crime control strategies do or can make a difference. Thus its aim is not to intervene in individuals' live for the purpose of ascertaining responsibility, making the guilty ‚pay for their crime‘ or changing them. Rather it seeks to regulate groups as part of a strategy of managing danger“ (Feeley/Simon 1994: 173). Nicht mehr ein zu bessernder Täter steht also im Vordergrund der neuen Kontrolllogik, sondern die schlichte Reduzierung von Tatgelegenheiten im Zuge einer situativen Kriminalprävention.

Insofern wird auch von einer Spaltung (Bifurkation) in Re- und Entmoralisierungsstrategien gesprochen. Diese Unterscheidung ist dabei zunächst vor allem analytisch zu treffen; ihre Ausprägungen empirisch zu messen, ist hingegen schwer, weil sie nicht umstandslos an der „Kontrolloberfläche“ abgelesen werden können. Das Beispiel der Gefängnisexpansion in den USA verdeutlicht dies: Masseninhaftierungen können sowohl in einer Degradierung und moralischen Verurteilung der Betroffenen begründet sein, aber eben auch jene kühle Rationalität zum Ausdruck bringen, die besagt: „Wer drinnen ist kann draußen keine unerwünschten Handlungen mehr begehen.“

Beide Varianten lassen sich auch hinsichtlich der Kontrollpolitik in Großstädten erkennen. Die Politik der „Zero Tolerance“ und insbesondere die mit ihr verbundene Rhetorik fußt auf der Dramatisierung von ursprünglich strafrechtlich nicht relevanten „social and physical disorder“-Erscheinungen. Bettler werden zum Risiko für Nachbarschaften hochstilisiert; „dangerous mentally ill street people“, „crack-heads“ und „shopping-bag ladies“ schienen zu Beginn der 1990er Jahre den Niedergang der Metropole New York einzuleiten (vgl. Guiliani/Bratton 1994). Diese Rhetorik hat auch Einzug in deutsche Städte gehalten wie z.B. das Papier „Maßnahmen gegen die drohende Unwirtlichkeit der Stadt“ des Hamburger Innensenators Worcklage von 1996 exemplarisch verdeutlichte – dass die jeweils angesprochenen Personengruppen verschwinden sollen, ist der jeweils implizite Hintergedanke solcher Ansätze.

Kontrolle in Städten erfolgt jedoch zunehmend auch entpersonalisiert: Es sind vor allem spezielle Räume, die im Blickpunkt der neuen Sicherheitsinszenierungen stehen, und erst an zweiter Stelle Personen bzw. einzelne Gruppen. Der Begriff Gruppe verweist dabei auf zweierlei: Zum einen auf *Ansammlungen von Personen* (mit einer mehr oder weniger integrierten Struktur und einem Zusammengehörigkeitsgefühl), zum anderen auf „statistisch generierte *Tätertypen*“ (Krasmann 2000: 196), wobei einzelne Personenkategorien, die aufgrund von vermeintlichen Risikofaktoren konstruiert werden, im Zentrum der Kontrolle stehen – und dies in Städten insbesondere dann, wenn sich solche Risikopersonen an bestimmten Orten zu Gruppen formieren. Um es anhand eines Beispiels zu verdeutlichen: Der „abgewrackte Drogenabhängige“ interessiert die Akteure formeller sozialer Kontrolle nur wenig, wenn er sich in einem städtischen Außenbezirk aufhält – egal was er dort tut. Hält er sich jedoch mit mehreren anderen „heruntergekommenen Drogenabhängigen“ vor oder innerhalb einer innerstädtischen Einkaufspassage auf, so zieht er höchste Aufmerksamkeit der Akteure sozialer Kontrolle auf sich – ebenfalls egal, was er tut, und auch egal, ob er wirklich Drogenabhängiger ist, oder nur ein übernachteter und schlecht gekleideter „Normalbürger“.

Risiko- und Störungswahrscheinlichkeiten werden an bestimmten Indikatoren fest gemacht: an einer auffälligen Erscheinung (Kleidung, Hautfarbe, Haarfarbe, Handlungen etc.), an auf Armut verweisenden Merkmalen oder an der Fremdheit, die man in Bezug auf die anvisierten Adressaten der Räume (etwa deutsche Mittelschichtsangehörige) wahrnimmt. Anhand solcher und ähnlicher Abgleich-Mechanismen entscheidet sich, ob man hinsichtlich der jeweiligen Räume kompatibel bzw. teilhabeberechtigt ist oder nicht. Wer nicht passt, muss draußen bleiben bzw. ist einem erhöhten Druck zur Normkonformität ausgesetzt – und das gilt sowohl für öffentliche als auch für semi-öffentliche und private Räume. Die Anzahl der Platzverweise, Aufenthalts- und Hausverbote in deutschen Städten spricht in diesem Zusammenhang für sich: Sie gehen jährlich inzwischen in die

Hunderttausende, wenn nicht sogar in die Millionen. Allein die Zahl der Platzverweise durch die Polizei in Hamburg St. Georg betrug Mitte der 90er Jahren im Durchschnitt über 50.000 jährlich (vgl. Wehrheim 2002: 57), und die Deutsche Bahn AG spricht von 65.000 Hausrechtsmaßnahmen auf deutschen Bahnhöfen pro Monat (vgl. Eick 2000). Umgesetzt werden solche Maßnahmen auf der Basis von Hausordnungen und novellierter Sicherheits- und Ordnungsgesetze, indem „verdächtige“ Personenkategorien mittels Videoüberwachung detektiert werden oder aber Räume und Gebäude so gestaltet werden, dass bereits durch die Architektur und Gestaltung die gewünschten ausgrenzenden Effekte erzielt werden (vgl. Wagner 1999).

Räumliche Exklusion ist zu einem zentralen Merkmal urbaner Kontrollpolitik geworden und damit Teil eines Kontinuums „sozialer Ausschließung“ (Cremer-Schäfer/Steinert 1998), das von Diskriminierung über Ghettoisierung bis hin zu Inhaftierung reicht. Im Kontext urbaner Kontrollpolitik erweitert sich seit einigen Jahren insbesondere das „untere“ Ende dieser Kette, weil ausschließende Maßnahmen häufig schon bei gleichsam „sub-“ bzw. „präkriminellen“ Devianzen beginnen.

Verschiedene Entwicklungen sind für eine solche „exklusive“ Kontrollpolitik ursächlich. Dazu zählen insbesondere a) die Ökonomisierung von Stadt, b) die Umcodierung von sozialen Abstiegsängsten in Ängste vor Kriminalität sowie c) eine Überhöhung von Fremdheit in Städten:

- a) Die Kommunen reagieren auf ihre aktuelle Finanzmisere einerseits mit Kürzungen in den Bereichen, die als nicht wirtschaftlich angesehen werden, andererseits mit Mehrausgaben für jene Bereiche, die dem *Unternehmen Stadt* dienen. Die Privatisierung städtischer Infrastruktur und öffentlicher Räume bietet hierbei einen scheinbaren Ausweg aus den Finanzproblemen und sie bedeutet zugleich auch eine Privatisierung von Sicherheit: Private Investoren kontrollieren zunehmend sozial relevante und immer größer werdende Areale der Städte wie Einkaufszentren, Urban Entertainment Centers, Parks, Bahnhöfe, Passagen etc. Immer deutlicher orientieren sich Sicherheit und soziale Kontrolle daher an partikularen Interessen und werden kommerziell organisiert, während sich gleichzeitig öffentliche Polizeien „kundenorientiert“ geben. Im Kontext der Ökonomisierung der Stadt dient Kontrolle zunehmend der Sicherung und Optimierung von Konsum- und Distributionsabläufen, während Angebote der Kommunen in den Bereichen Soziales und Kultur zurückgefahren werden.
- b) Soziale Abstiegsängste verschärfen sich. Zum einen wird, wie von Barbara Ehrenreich (1994) beschrieben, der Gratifikationsaufschub, der bislang den beruflichen und sozialen Aufstieg der Mittelschicht begleitete, brüchig, weil das tatsächliche Eintreten der Gratifikationen für Bildung und Arbeit immer prekärer wird. Zum anderen grassiert gerade auch in den finanziell schwäche-



ren Schichten die Angst vor dem Abstieg: Zwar verdeutlicht die hohe Fluktuation von Sozialhilfeempfängern, dass dauerhafte Armut nur wenige trifft, zugleich verweist sie aber eben auch darauf, dass eine immer größer werdende Zahl von Individuen die Erfahrung von Armut, Stigmatisierung und sozialem Abstieg tatsächlich macht. Und selbst wenn die reale Gefahr des dauerhaften Abstiegs zwar größer wird, aber noch nicht für Alle groß ist, ist die Angst davor umso realer (vgl. auch Bourdieu 1998: 98ff.). Punitiv Reflexe der Bevölkerung resultieren gerade auch aus dieser Prekarität von Inklusion und Exklusion, denn mit dem Wegfall sozialer Sicherheit, wird innere und persönliche Sicherheit umso mehr betont bzw. wichtiger. Ressentiments gegenüber Armen und gegenüber deren Präsenz im öffentlichen Raum der Städte – denn (nur) dort kann man ihnen begegnen – sind eine Folge.

- c) Diese niedrighschwellige Punitivität geringer Intensität richtet sich zugleich auch gegen alle(s) Fremde. Zwar steht Großstadt seit jeher für soziale Heterogenität, für physische Nähe bei sozialer Distanz und für daraus resultierende, verunsichernde Fremdheit. Aber durch zunehmende Individualisierung, die Pluralisierung von Lebensstilen und vermehrte Migration ist *sichtbare* Fremdheit möglicherweise dermaßen gesteigert, dass Misstrauen – ja die Unterstellung krimineller Absichten bei Fremden – als subjektiv „vernünftig“ erscheint, so Roland Hitzler (1998: 204). Distanz – als Merkmal des urbanisierten Individuums – ist nicht mehr nur eine essenzielle Verhaltensweise, sondern wird zunehmend räumlich ausgedrückt, aggressiv gefordert und umgesetzt.

Als Folge dieser Entwicklungen zeigt sich ein Trend zur sozialen und kulturellen Homogenisierung von innerstädtischen Räumen, der durch spezifische Zugangsregulierungen und durch Verdrängung unerwünschter Personenkategorien erreicht wird. In den Städten entstehen segregierte „Räumlichkeiten“ mit parallel bestehenden Ordnungen und Normativitäten. Und diese Verräumlichung von Kontrolle und Verboten hat auch die Drogenkontrollpolitik nicht unberührt gelassen, sondern vielmehr die emanzipatorisch gemeinten Speerspitzen akzeptierender Drogenarbeit bereits für ihre Zwecke vereinnahmt.

## **Akzeptierende Drogenarbeit als Bestandteil von Kontrollpolitik**

In vielen (wenn auch immer noch den wenigsten) deutschen Städten gibt es heute so genannte Fixer- oder Gesundheitsräume für die Konsumenten illegalisierter Drogen, insbesondere von Heroin und Kokain. Ihre Einrichtung geht auf die jahrelange Arbeit der Protagonisten akzeptierender Drogenarbeit zurück, die vor allem Bedingungen für einen weniger gesundheitsschädlichen Konsum

schaffen wollten: Anstatt sich ihren Schuss in ständiger Angst vor der Polizei im Park oder auf dem Bahnhofsklo setzen zu müssen, sollten die Konsumenten im Fixerraum einen sauberen und ruhigen Ort finden, an dem ihr Drogenkonsum unter hygienischen und angstfreien Bedingungen möglich sein sollte. Der Fixerraum ist *das* Symbol für einen risikoarmen Drogengebrauch: Ein Schutzraum, der Kriminalisierung vermeiden und gesundheitliche Risiken minimieren sollte.

Lange Zeit wurde dieses Anliegen von offizieller Seite kategorisch und mit der Begründung zurückgewiesen, eine solche Einrichtung diene der Förderung des Konsums illegaler Drogen und sei daher zu verbieten. Um den Jahreswechsel 2002/2003 blitzte dieses Argument ein vorläufig letztes Mal in regionalen und überregionalen Tageszeitungen auf, wenn auch in einer etwas ungewöhnlichen Weise: Wegen der Einrichtung eines Druckraumes für Heroinabhängige beschuldigte die Bielefelder Staatsanwaltschaft den örtlichen Polizeipräsidenten, drei leitende Polizeibeamte sowie einen Mitarbeiter und zwei Vorstandsmitglieder der Drogenberatung e.V. der Förderung des Konsums illegaler Drogen. In der Presse wurde dieser Prozess als ordnungspolitischer *roll back* und Versuch kritisiert, einen progressiven, an den sozialen Bedürfnissen der Konsumenten orientierten Ansatz zu untergraben. Die eigentlich brisante Frage geriet dabei jedoch aus dem Blick: Ist der Bielefelder Druckraum tatsächlich ein sozial- und gesundheitspolitisch fortschrittliches Projekt, oder vielmehr ein Beitrag (der Sozialen Arbeit) zur neuen urbanen Ordnungs- und Kontrollpolitik? Schließlich war der außerhalb der Innenstadt gelegene Raum unter anderem eingerichtet worden, um die örtliche Drogenszene aus den zentralen Bereichen der Stadt herauszuhalten.

Diese politische Intention ist aber nun keineswegs eine Bielefelder Erfindung, sondern bundesweit beobachtbar und betrifft die Mehrzahl der so genannten Fixer- oder Gesundheitsräume. Zwar geht ihre Einrichtung auf das Engagement der Protagonisten der akzeptierenden Drogenarbeit zurück, ihre Bedeutung hat sich jedoch gewandelt, seit Polizei und kommunale Behörden sich entsprechende Forderungen mit dem Argument zu eigen machten, dass mit abgegrenzten Druckräumen zugleich der öffentliche Raum entlastet und das „Kontaktfeld“ (also der kontrollierende Zugriff auf diese Personen) ausgeweitet werden könne. Die Logik ist einfach: Wenn es „Störungen“ im öffentlichen Raum durch drogenkonsumierende Personen gibt, und wenn es sich gleichzeitig als unrealistisch erwiesen hat, Heroinkonsum in nennenswertem Maße zu verhindern, dann besteht eine gleichermaßen erfolversprechende wie ökonomische Maßnahme darin, einen bestimmten Teil des Raumes abzutrennen, das belästigende Verhalten an diesen Orten zu konzentrieren und damit die Abweichung kontrolliert zu neutralisieren – eine Vorgehensweise, die im Bereich der Prostitutionskontrolle schon lange praktiziert wird.<sup>2</sup>

Bei genauerer Betrachtung haben Fixerräume also allenfalls vordergründig mit Akzeptanz zu tun. Zwar kann man den Fixerraum nach wie vor als „Schutzraum“ interpretieren (im Sinne eines risikoverminderten Gebrauchs), zugleich aber ist dieser Schutzraum doch arg begrenzt (z.B. bleibt die Qualität der Substanzen aufgrund der fortbestehenden Illegalität weiterhin unberechenbar) und hat mit Entkriminalisierung oder Legalisierung – mithin also mit echter Akzeptanz – nichts zu tun (Erwerb und Handel sind auch an diesen Orten verboten und werden geahndet). Vielmehr ist der Fixerraum aufgrund der räumlichen Konzentrierung der Konsumenten eher als Kontrollraum zu begreifen, der nicht nur das Problem, sondern auch seine Kontrolle aus der Öffentlichkeit verschwinden lässt und diese Kontrolle überdies von der Polizei auf die Soziale Arbeit verlagert<sup>3</sup>. In diesem Sinne verwandelte sich der Fixerraum bzw. seine intendierte Schutzfunktion für die Konsumierenden sukzessive in einen Beitrag urbaner Ordnungspolitik, was von den Protagonisten der akzeptierenden Drogenarbeit unter dem Diktat des Machbaren billigend in Kauf genommen wurde – in der Konsequenz könnte er gar zu einer Art „Fixerghetto“ werden, in dem der Aufenthalt nicht mehr freiwillig, sondern für bestimmte Personen obligatorisch wäre. Zur dispers wirkenden, die Konsumenten im Raum verteilenden Verdrängungspolitik des „Junkie Joggings“ und der Platzverweise tritt eine aggregierend wirkende Strategie hinzu, die in den USA als „Containment Policy“ bezeichnet wird und sich wie etwa in Los Angeles darin auszeichnet, dass z.B. Obdachlose nur noch in bestimmten Zonen der Stadt toleriert, aber dort zugleich auch konzentriert werden (vgl. Wehrheim 2002: 59f., 195; Lindenberg/Schmidt-Semisch 2000).

Ähnlich verhält es sich mit den seit einigen Monaten in Deutschland wieder vor dem Aus stehenden Heroinprogrammen (also der staatlich kontrollierten Heroinvergabe<sup>4</sup>), die man durchaus als „Fixerräume“ (im weiteren Sinne) bezeichnen kann und die in den Medien allzu häufig in eine Drogen-Freigabe oder gar Legalisierung umgedeutet werden. Tatsächlich allerdings sind solche Modelle (ähnlich wie Anfang der 90er Jahre die Methadonvergabe<sup>5</sup>) in aller Regel für eine klar umgrenzte, meist stark verelendete Gruppe von so genannten „Schwerstabhängigen“ konzipiert, was weder eine „Akzeptanz“ der übrigen Konsumenten bedeutet noch eine Legalisierung der Substanz. Es ändert sich allenfalls etwas für die kleine Gruppe der Programmteilnehmer, die zugleich aber einer erheblich erweiterten Kontrolle (regelmäßige Kontakte, Erfassung ihrer Personen- und Krankendaten, Urinkontrollen usw.) unterworfen werden (vgl. Temme 2003). Zieht der Staat aus der selektiven Gewährung des Konsums ein Mehr an Kontrolle, so wechselt für den Konsumenten in erster Linie der Kontroll- und Stigmatisierungsstatus: Er wird vom verfolgten und gegebenenfalls inhaftierten Junkie, dem der Drogengebrauch grundsätzlich untersagt ist, zum staatlich registrierten und kontrollierten Suchtkranken, dem es zwar erlaubt ist,

eine bestimmte Substanz zu konsumieren, aber eben nur an jenem Ort, der die Kontrolle über seinen Konsum ermöglicht.

„Fixerräume“ (im weiteren Sinne) sind also nicht in erster Linie als weiter gehende Modelle einer alternativen Drogenpolitik zu verstehen, sondern stellen vor allem den äußerst begrenzten, auf bestimmte Orte oder Gruppen beschränkten Verzicht des Staates auf Bestrafung dar, während der Strafanspruch grundsätzlich fortbesteht und die Kontrolle ausgeweitet wird. Insofern handelt es sich zwar um eine faktische Entkriminalisierung der Besitzhandlung, aber eben nur in den engen Grenzen des jeweiligen „Fixerraums“: Sobald ich über die Türschwelle ins Freie trete, ist die im Inneren geltende Strafflosigkeit hinfällig. Damit verweist die rechtliche und praktische Ausgestaltung der Fixerräume vor allem auf deren ordnungspolitische Zwecke. Sie werden zu „Räumen für Fixer“, die sich deutlich von jenen Räumen unterscheiden, die „nicht für Fixer“ sind: bestimmte Stadtteile, Einkaufszentren, zentrale Plätze etc. Fixerräume bedeuten deshalb auch keineswegs (nur) Schutz und Akzeptanz, sondern – und vor allem im Kontext einer urbanen Ordnungspolitik – immer auch Ausgrenzung und Vertreibung, polizeilich verhängtes und durchgesetztes Platz- und Durchquerungsverbot u.ä.: Die vermeintliche Akzeptanz des Fixerraumes legitimiert hierbei ein Verständnis des öffentlichen Raums als No-Go-Area für diesen Personenkreis.<sup>6</sup> Die aggregierende und die verteilende Ordnungspolitik greifen in einander. Insofern ist der Widerstand der an dem Modellprojekt (der Heroinverschreibung) beteiligten Kommunen (z.B. Hannover, Frankfurt) auch insofern zu lesen, als dass mit dem Ende der kontrollierten Heroinabgabe auch ein Kontrollinstrument der Kommunen wieder entfallen würde. Gleichwohl betonen die Kommunen auch die positiven Effekte des Programms für die Betroffenen.

In diesem Sinne sind gerade auch die (historisch jungen) Fixerräume und Heroinprogramme gleichsam Module jener oben skizzierten Kontrolllogik, die Kriminalität als gegeben und Devianz als *normal* erachtet und der es nicht mehr vorrangig um Besserung, Heilung oder Therapie von psychischen oder anderen Defekten des devianten Individuums geht. Vielmehr befasst sie sich mit Techniken des Identifizierens, Klassifizierens und Managens von Gruppen im Rahmen eines übergeordneten Gefährlichkeitsmanagements (Feeley/Simon 1994: 173; Schmidt-Semisch 2002: 54ff.). Fixerräume und Heroinprogramme sind (auch) als *eine* konkrete Ausformung dieses neuen Kontrollmodus zu verstehen.

Die neue Logik der Kontrolle greift allerdings weit über die Fixerräume hinaus und direkt in unseren Alltag hinein. Sie bedeutet für den Drogenbereich, dass man die jeweiligen Maßnahmen immer weniger über die höchst aufwendige Moralisierung und Dramatisierung der Devianz oder der Sucht und ihrer Bekämpfung legitimiert. Wir haben es nun mit ökonomisch-kalkulierenden, monetären und damit vermeintlich neutralen Berechnungen zu tun. Im Vordergrund

dieser Betrachtungs- und Bearbeitungsweise stehen dementsprechend nicht mehr die süchtigen Individuen oder die Krankheiten, unter denen sie leiden, und auch nicht mehr etwaige individuelle Konsumrisiken, die es zu minimieren gilt. Normalisierung bedeutet hier vielmehr, dass die Drogengebraucher als eigenverantwortliche Subjekte betrachtet werden, die durch ihr Verhalten Kosten bzw. ökonomische Schäden produzieren, welche wiederum genau berechnet und kalkuliert werden können – Drogengebrauch wird zunehmend nicht mehr als eine moralisch verwerfliche Abweichung dramatisiert, sondern als (ökonomischer) Risikofaktor bewertet.

Wie verfährt nun die neue Kontrolllogik mit solchen Risiken? In Amerika, wo die Durchsetzung ökonomischen Denkens erheblich weiter fortgeschritten ist, scheint der Weg klar. Jonathan Simon hat für den Bereich der illegalen Drogen schon 1987 beschrieben, wie Amerikas private und öffentliche Arbeitgeber mit dem Drogenproblem umgehen: Sie reduzieren Drogenkonsum in ihren Betrieben, indem sie Urinanalysen zur Bedingung einer Beschäftigung machen. Wer drogen-positiv getestet wird, wird nicht eingestellt bzw. entlassen. Und dies nicht, weil sein Drogenkonsum verwerflich ist, sondern weil er als Risikofaktor für Sicherheit und Produktivität in das Risikokombinatorium des Individuums eingeht. Langfristig, so Simon (1987: 85), könne es dazu kommen, dass Drogenkonsum gar nicht mehr die moralische Sanktion des Staates oder eine Bestrafung provoziere, sondern dass dem jeweiligen Konsumenten lediglich der Zugang zum Erwerbs-System selbst versagt wird. „Drug use – like other indicators which once were more easily obtainable, such as residency, marital status, employment status, criminal record, education and the like – can also be systematically included in developing profiles of dangerousness“ (Feeley/Simon 1994: 179). Drogenkonsum wird in dieser Logik also nicht nur zu einem riskanten Verhalten, das den Zugang zu Räumen verhindert, sondern kann zugleich zum Ausschluss aus anderen Funktionssystemen der Gesellschaft führen, wie etwa aus dem Arbeitsmarkt oder dem Bildungswesen – der Drogenbenutzer wird als selbstverantwortliches Mitglied einer Hoch-Risiko-Kategorie behandelt, dem die Partizipation an Beschäftigung und den damit zusammenhängenden Vorteilen und Privilegien verwehrt ist (vgl. ausführlicher Schmidt-Semisch 2002: 84ff.).

Solche Maßnahmen sind keineswegs die Ausnahme: Lynn Zimmer bezifferte 1999 den Anteil der größeren US-Firmen, die auf Drogen testen, auf 81 Prozent. Eine Presseerklärung der „American Civil Liberties Union“ hat kürzlich darauf hingewiesen, dass der Supreme Court den Drogentest auch an Schulen weiterhin für rechtens hält: „To address the problem of drug abuse among our nation’s youth, more and more schools are turning to random student drug testing. The theory is that if students know that they might be drug tested at any time, they will ‚just say no‘ to drugs“ (<http://archive.aclu.org/features/f083000a.html>). In diesem Zusammenhang können die Schulen auch ganze Sportteams testen („even if

individual team members are not suspected of using drugs“) oder auch alle jene Schüler, die an anderen so genannten extracurricularen Aktivitäten teilnehmen wollen: also z.B. am Chor oder an Diskussionsgruppen. Wer positiv getestet wird, darf zumindest an diesen Veranstaltungen nicht teilnehmen bzw. büßt seine „Zugangsberechtigung“ ein. „In recent years, schools have become increasingly intrusive in their searches for drugs and weapons. Some now routinely search students' lockers and backpacks, bring in drug-sniffing dogs, and even strip-search students. Incidentally, these searches are not just limited to high school students. One school in New Mexico had classroom ‚lockdowns‘ where drug dogs were brought in to sniff students as young as the 5th grade, and another school in South Dakota has been bringing in dogs to search kids in kindergarten. Urine testing is part of this alarming trend to treat all students as suspects, no matter how young or innocent“ (vgl. auch Paul 2007).<sup>7</sup>

Auch in Deutschland ist der Drogentest inzwischen weit verbreitet. Immer öfter wird bei der Durchführung allgemeiner Untersuchungen hinsichtlich der Gesundheit eines zukünftigen Auszubildenden mittlerweile das Fläschchen für die Urinprobe gereicht: Es scheint üblich zu werden, Jugendliche auf Heroin, Kokain, Ecstasy und Cannabis zu testen,<sup>8</sup> wobei das Leben für den gemeinen Cannabiskonsumenten am schwersten werden dürfte, den dies lässt sich je nach Konsumverhalten noch über Monate nachweisen. *Normalisierung* im Sinne der neuen Kontrolllogik bedeutet in diesem Kontext zwar einerseits eine Entdramatisierung des Drogengebrauchs (im Sinne moralischer Verwerflichkeit), andererseits aber zugleich die *Generalisierung des Verdachts* – mit exkludierender Konsequenz bei positivem Befund. Unternehmensleitungen und manche Betriebsräte begründen dies mit der Arbeitssicherheit: „Wer will schon auf einen bekifften Gabelstaplerfahrer treffen“. Und was ist gegen dieses vermeintlich rationale Argument schon einzuwenden?<sup>9</sup>

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Bifurkation der Kriminalpolitik sich in der Drogenpolitik widerspiegelt. Zwar sind möglicherweise die scharfen Formen der Repression (intensive polizeiliche Verfolgung und Verhaftung, lange Haftdauer etc.) gegenüber Drogenkonsumenten etwas weniger geworden, wenngleich Gefängnisse zu einem großen Teil mit Personen gefüllt werden, denen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz zur Last gelegt werden.<sup>10</sup> Zugleich allerdings haben sich die Formen niedrigschwelliger ordnungspolitischer Kontrollen vermehrt: Sie setzten früher und im Sinne eines generalisierten Verdachts breitflächig ein und dies darüber hinaus mit zum Teil viel weit reichenderen Folgen für den Einzelnen. Die Betroffenen stehen zunehmend vor einem Dilemma, wie Stephan Quensel, Krause zitierend, schreibt: „Wird der Eigengebrauch gegenüber Polizei oder Gericht eingeräumt, um eine mildere Strafe zu evozieren, droht jedoch der Verlust der Fahrerlaubnis inkl. der derzeit 522 € teuren Medizinisch-Psychologischen-Untersuchung“ (Quensel 2006: 302f.; vgl. ausführlich auch

Hettenbach 2007). Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang noch, dass nicht mehr nur die Konsumenten illegaler, sondern zunehmend auch die Gebraucher legaler Drogen in den Fokus dieser neuen, ökonomisch orientierten Kontrolllogik geraten. Hubert Knoblauch hat dies bereits 1994 für den amerikanischen Umgang mit Rauchern beschrieben: Das in der Alltagssprache „lifestyle discrimination“ genannte Phänomen bedeute, dass gesundheitsgefährdende Gewohnheiten ein potentieller Entlassungsgrund seien. Diese Entwicklung, so Knoblauch (1994: 265), gehe Hand in Hand mit der Tatsache, dass zunehmend mehr Unternehmen Raucher gar nicht erst einstellen. Auch der Raucher wird also weniger moralisierend gegängelt, mit dem Rauchen aufzuhören<sup>11</sup>, er hat vor allem die Konsequenzen seines epidemiologisch und ökonomisch bewerteten „freien“ Handelns zu tragen. Niemand wird von einem Arbeitgeber erwarten, dass er einen Raucher einstellt, der statistisch betrachtet – wahrscheinlich – mehr Krankheitstage zu verzeichnen hat als sein nicht rauchender Mitbewerber.<sup>12</sup>

## Exkludierende Toleranz und Moral

*Toleranz* ist laut Wahrigs Deutschem Wörterbuch die Bereitschaft etwas „nach-sichtig zu dulden oder großzügig zu ertragen.“ Herbert Marcuse formulierte 1965, dass jenes, „was heute als Toleranz verkündet und praktiziert wird, in vielen seiner wirksamsten Manifestationen den Interessen der Unterdrückung“ diene (Marcuse 1970: 93). Er prägte damit den Begriff der *repressiven Toleranz*. Reden würden toleriert, so lange sie nicht in Handeln überwechselten; der demokratische Diskurs diene gerade nicht dem sozialen Fortschritt, sondern der Aufrechterhaltung des Status quo, der durch Ungleichheit, Ausbeutung und Unterdrückung gekennzeichnet sei. Toleranz würde zur Aufrechterhaltung von Herrschaftsstrukturen instrumentalisiert und gleichzeitig bedeute sie eine diskursive Integration verschiedenster Positionen – laut Marcuse gerade auch der reaktionärsten.

In diesem Kontext betrachtet ist die Akzeptanz der akzeptierenden Drogenarbeit keinesfalls die Bereitschaft, Drogenkonsumenten oder Drogenkonsum anzuerkennen, sondern eher eine Form von Toleranz, d.h. der Bereitschaft beides „nach-sichtig zu dulden“: Was ohnehin nicht zu vermeiden, mithin also in gewissem Sinne normal ist, muss zwar ertragen werden, aber nicht so, dass es nicht gleichzeitig auch instrumentalisiert werden könnte. Diese Art der drogenpolitischen Toleranz ermöglichte es in den 90er Jahren, die Konsumenten illegaler Drogen kontrolliert liberalisiert am gesellschaftlichen Leben partizipieren zu lassen – wenn auch mit massiven Einschränkungen – und gleichzeitig den Status quo, das Verbotparadigma aufrecht zu erhalten. Sie zielte auf hoch kontrollierte Integration.



Das wesentliche Charakteristikum der Drogenpolitik des beginnenden 21. Jahrhunderts scheint dagegen Exklusion zu sein. Auch wenn ein Vergleich von Fixerstuben mit Gefängnissen zynisch klingen mag, so ist doch die gemeinsame Bezugsfolie dieser beiden Kontrollmilieus die Herstellung von Ordnung durch räumliche Trennung. Dass diese Segregation hier (im Gefängnis) einen eher punitiven und dort (im Fixerraum) einen eher helfend-kontrollierenden Kontrollstil verfolgt, kann nicht verbergen, dass es beiden Maßnahmen um das gleiche, nämlich das Unsichtbarmachen von Drogengebern im öffentlichen Raum der Städte geht. Exklusion bedeutet dabei nicht nur Ausschluss aus zentralen Räumen, sondern sie führt über die beschriebenen Praktiken des Ausschlusses aus dem Arbeits- und Bildungswesen zu einer Verstärkung und Perpetuierung sozialer Ausgrenzungsprozesse.

Zwar ist soziale Exklusion in Bezug auf Heroinkonsumenten nichts Neues, sehr wohl aber ihre Maskierung als (ursprünglich) progressive, akzeptierende Drogenarbeit. Während Hilfe die manifeste Funktion der Sozialen Arbeit in Fixerstuben ist, ist urbane Ordnungspolitik zumindest deren latente; und während exzessive Gebraucher so genannter „harter“ illegaler Drogen schon immer weitestgehend vom Bildungs- und Arbeitsmarkt ausgeschlossen waren, wird ihnen jetzt auch noch der öffentliche Raum der Städte genommen. Zugleich werden nun ebenfalls gelegentliche Gebraucher<sup>13</sup> illegaler, aber auch legaler Drogen vom Ausschluss aus gesellschaftlichen Teilbereichen bedroht<sup>14</sup>.

Die Rolle der Moral für diese Drogen- und Kriminalpolitik scheint auf der Ebene der *Praxis* zunehmend marginal zu werden. Es wird egal, was die Individuen tun, vorausgesetzt, sie tun es an dem für ihr Tun spezifischen Ort (vgl. Lindenberg/Schmidt-Semisch 1995). Der hegemoniale Diskurs, das *Reden* über die Verwahrlosung öffentlicher Räume und über offene Drogenszenen bedarf allerdings neben der Kategorie der Kosten auch noch der Kategorie der Moral. Die Diskreditierung bestimmter Personenkategorien scheint zur Legitimation neuer Kontrollpolitiken und insbesondere zur Durchsetzung von Exklusion nach wie vor unabdingbar – der alleinige Verweis auf ökonomische Risiken reicht (noch) nicht aus. Vielmehr greifen beide Elemente stets ineinander: Der Drogendealer ist nicht nur gefährlich (Risiko), er ist auch böse (Moral), der Drogenkonsument ist nicht nur krank (Risiko), sondern auch uneinsichtig (Moral) (vgl. Lutz/Thane 2002: 13). Moral wird nun einmal angegeben durch ihr Gegenteil, durch das, was nicht erlaubt ist (vgl. Coser 1968: 24) – und diese Unterscheidung wird zunehmend auch durch räumliche Kategorien getroffen und festgelegt. Wer sich der Kontrolle innerhalb des Druckraumes oder innerhalb der Räume der Heroinabgabe unterwirft, wird toleriert, bei dem wird – ökonomisch rational – auf Strafe verzichtet. Wer sich dieser Unterwerfung widersetzt und weiter in Parks oder auf Bürgersteigen – die Toiletten von Bahnhöfen sind für die Konsumenten ohnehin in der Regel nicht mehr betretbar – seinem Treiben nachgeht, wird nicht



toleriert und bei dem wird auch nicht auf moralisch legitimierte Strafe bzw. Ausschluss verzichtet. Insoweit gehen Entmoralisierung und Risikomanagement Hand in Hand mit Remoralisierung und Strafe, wobei beide Spielarten der neuen Kontrollpolitik vor allem über Exklusion verbunden scheinen.

Die Toleranz der gegenwärtigen Drogenpolitik jedenfalls ist eine exkludierende Toleranz, die mit jedem neuen Fixerraum deutlicher macht, welche Räume eben nicht für Fixer sind. Die mit dieser Politik verbundene Unsichtbarmachung von Drogengebern im öffentlichen Raum lässt mit den Personen zugleich auch ihre Themen von der politischen Agenda verschwinden. Und das hat dann mit „humaner Drogenpolitik“ gar nichts mehr zu tun. In diesem Sinne schließen wir unseren Beitrag mit einem weiteren Zitat von Sebastian Scheerer (2002: 124), mit dem auch er seinen oben genannten Artikel beendet: „Das in der Sozialen Arbeit bislang noch überwiegende Selbstverständnis, dass Drogenkonsum als solcher eher ein ‚Übel‘ als ein hochwertiges Freiheitsrecht sei, macht auch die verdienstvolle und engagierte akzeptierende Drogenarbeit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zum faktischen Komplizen der Herrschenden und ihres weltumspannenden [...] ‚War on Drugs‘, gegen den man sich mit einer Politik der Schadensbegrenzung, die zugleich seine ideologischen Prämissen im wesentlichen teilt, nie wird wehren können. Eine kritische Drogenarbeit im emphatischen Sinne des Wortes wird es im Rahmen des Akzeptanzparadigmas nicht geben können, sondern nur dann und in dem Maße, in dem das Ethos der Schadensbegrenzung um ein Ethos der Menschenrechte ergänzt wird“.

## Anmerkungen

- 1 Der folgende Text ist eine überarbeitete und aktualisierte Version unseres Beitrages „Exkludierende Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit“, in: B. Dollinger/W. Schneider (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, VWB-Verlag: Berlin 2005, S. 229–245
- 2 Vgl. ausführlicher Schneider 2004a: 145f.; Schmidt-Semisch/Wehrheim 2004; Schmidt-Semisch 2002: 87f.
- 3 Zum Verhältnis von Kontrolle und Hilfe in der Sozialen Arbeit vgl. u.a. Peters 2002a: 213ff. sowie 2002b; zu diesem Verhältnis in der Drogenhilfe vgl. z.B. Schneider 2004b: 19f.
- 4 Vgl. zu den historischen Aspekten der Heroinvergabe bzw. der Opiaterhaltungstherapien den äußerst interessanten und materialreichen Beitrag von Ullmann 2004.
- 5 Vgl. zur Geschichte und Gegenwart der Methadonbehandlung: Gerlach 2004.
- 6 Die Konsequenzen räumlich differenzierter Strafverfolgung zeigen sich in den USA besonders deutlich: In Alabama etwa verhängt man „eine Mindestfreiheitsstrafe von zwei Jahren für den Verkauf von Drogen; dazu kommen automatisch fünf weitere Jahre, wenn der Verkauf im Dreimeilenumkreis einer Schule oder Wohngegend geschieht; dazu kommen dann noch automatisch fünf weitere Jahre, wenn der Verkauf im

Radius von drei Meilen sowohl einer Schule als auch eines Wohngebietes stattfindet, was bedeutet, dass ein Drogenhändler, unabhängig von der Menge der verkauften Drogen, in Birmingham, Alabama, zu einer 12jährigen Freiheitsstrafe verurteilt wird, da in der gesamten Stadt alle Kriterien für die Höchststrafe erfüllt werden“ (Weitekamp 1998: 73). Der Ort einer Handlung bestimmt nunmehr über den Grad ihrer Verwerflichkeit und damit über die Höhe der Strafe.

- 7 Vgl. ausführlicher <http://archive.aclu.org/features/f083000a.html>. Die Süddeutsche Zeitung meldete am 28.05.2004, ein Schüler einer Hautschulklasse sei bei einer Klassenfahrt mit einer Wasserpfeife erwischt worden, woraufhin der Schulleiter die Polizei rief und einen Massendrogentest veranlasste. Da alle 40 Schüler und Schülerinnen der Klasse positiv auf Cannabis getestet wurden, wird nun u.a. ein Schulverweis für alle Betroffenen diskutiert.
- 8 In Deutschland testen u.a. Daimler-Chrysler, die Bayer AG, BASF, Höchst, die Deutsche Bahn AG, Bosch, Heidelberger Druckmaschinen, Kieler Stadtwerke und die Volkswagen AG zumindest die Kandidaten bei Neueinstellungen. (vgl. <http://www.big-brother-award.de/2002/.work/>; Paul 2007)
- 9 Vgl. zu Drogentest in den USA, vor allem aber auch in Deutschland ausführlich Paul 2007.
- 10 Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2006) waren von den am Stichtag 31.3.2006 inhaftierten Personen rund 15 Prozent wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert. Im Frauenvollzug beträgt dieser Anteil sogar (z.B. in Niedersachsen) 19,8 Prozent (Koch/Suhling 2005: 100) bzw. 21 Prozent (Zurhold/Haasen/Stöver 2005: 59). Hierbei sind allerdings Inhaftierungen wegen etwaiger Beschaffungskriminalität noch nicht eingerechnet. Insgesamt kann man zumindest für den Frauenvollzug sagen, dass der Anteil der drogenabhängigen Frauen an den weiblichen Inhaftierten (z.B. in Niedersachsen) 59,1 Prozent (Koch/Suhling: 100) bzw. in Bremen 57,7 Prozent (ohne offenen Vollzug) beträgt (Kolte/Schmidt-Semisch 2006a: 10).
- 11 So ist heute z.B. in Bremen das Rauchen in der Schule verboten und wird mit Bußgeldern bis hin zum Schulausschluss bestraft (vgl. zum Bremer „Rauchfreiheitsgesetz“ ausführlicher Schmidt-Semisch 2007).
- 12 Vgl. ausführlicher Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004: 105ff.; Schmidt-Semisch 2002a: 29 sowie 2004.
- 13 Vgl. zum Phänomen des „gelegentlichen“ bzw. „kontrollierten“ Konsum sowie zu seiner Funktionalisierung in Politik und Therapie: Kolte/Schmidt-Semisch 2006.
- 14 Diese Ausschluss wiederum ist keineswegs vorrangig strafrechtlich organisiert, sondern findet zunehmend eben gerade „jenseits des Strafrechts“ statt (vgl. Quensel/Schmidt Semisch 2007 sowie die Beiträge im Schwerpunkttheft des Kriminologischen Journals 1/2007: „Drogenkontrolle jenseits des Strafrechts“.

## Literatur

- Big-Brother-Award (2002): Preisträger in der Kategorie Arbeit, [www.big-brother-award.de/2002/.work](http://www.big-brother-award.de/2002/.work)
- Bourdieu, Pierre (1998): *Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion*, Konstanz
- Cremer-Schäfer, Helga/Steinert, Heinz (1998): *Straflust und Repression*. Münster.
- Coser, Lewis A. (1968): Einige Funktionen abweichenden Verhaltens und normativer Flexibilität, in: Sack, Fritz/König, René (Hg.): *Kriminalsoziologie*, Frankfurt a.M., S. 21–40.
- Die Drogenbeauftragte des Bundes (2003): *Drogen- und Suchtbericht*, Berlin
- Ehrenreich, Barbara (1994): *Angst vor dem Absturz*. München.
- Eick, Volker (2000): *Der deutsche Bahnhof – Zentrale oder Filiale der panoptischen Stadt des 21. Jahrhunderts?* [http://www.is-kassel.de/~safercity/2000/der\\_deutsche\\_bahn-hof.html](http://www.is-kassel.de/~safercity/2000/der_deutsche_bahn-hof.html).
- Feeley, Malcolm/Simon, Jonathan (1992): *The New Criminology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications*, in: *Criminology*, Vol. 30, S. 449–474.
- Feeley, Malcolm/Simon, Jonathan (1994): *Actuarial Justice: the Emerging New Criminal Law*, in: Nelken, D. (Ed.), *The Futures of Criminology*, London, S. 173–201
- Garland, David (2001): *Culture of Control*, Oxford und New York.
- Gerlach, Ralf (2004): *Methadon: Von der Entdeckung zur Erhaltungsbehandlung – Auflösung einiger historischer Mythen*, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.), *Drogen-Leben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*, Berlin, S. 29–54.
- Guiliani, Rudolph W./Bratton, William J. (1994): *Police Strategy No.5: Reclaiming the Public Spaces of New York* (Ms. unveröffentlicht)
- Hess, Henner/Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning (2004): *Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen*, Freiburg i.B.
- Hettenbach (2007): *Ein Joint und Dein Leben ist kaputt*, erscheint in: *Kriminologisches Journal*, 39 Jg., Hf.1
- Hitzler, Roland (1998): *Bedrohungen und Bewältigungen. Einige handlungstheoretisch triviale Bemerkungen zur Inszenierung „Innere Sicherheit“*, in: Hitzler, Ronald/Peters, Helge (Hg.): *Inszenierung: Innere Sicherheit*, Opladen, S. 203–212.
- Knoblauch, Hubert (1994): *Vom moralischen Kreuzzug zur Sozialtechnologie. Die Nicht-raucherkampagne in Kalifornien*, in: Hitzler, R. u.a. (Hg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*, Opladen, S. 248–267
- Koch, Rolf/Suhling, Stefan (2005): *Basisdokumentation im Frauenvollzug. Erprobung eines Verfahrens und erste Ergebnisse zu den Inhaftierten und Methoden*, in: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88. Jg., S. 93–110
- Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning (2006): *Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma?*, in: Legnaro, Aldo/Schmieder, Arnold (Hg.), *Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle*, Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 5, Münster, Hamburg und London 2006, S. 7–24
- Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning (2006a): *Projektbericht: Spezifische Problemlagen und gesundheitliche Versorgung von Frauen in Haft*, Bremen, Dezember 2006

- Krasmann, Susanne (2000): Gouvernementalität der Oberfläche. Aggressivität (ab-)trainieren beispielsweise, in: Bröckling, Ulrich et al. (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart*, Frankfurt a.M., S. 194–226
- Lindenberg, Michael/Schmidt-Semisch, Henning (1995): Sanktionsverzicht statt Herrschaftsverlust: Vom Übergang in die Kontrollgesellschaft, in: *Kriminologisches Journal*, Jg. 27, S. 2–17
- Lindenberg, Michael/Schmidt-Semisch, Henning (1996): „Aber bitte nicht hier!“ Zur Zukunft des Umgangs mit riskanten Substanzen, in: Hengartner, Thomas/Merki, Christoph M. (Hg.): *Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht*, Zürich 1996, S. 185–202
- Lindenberg, Michael/Schmidt-Semisch, Henning (2000): Komplementäre Konkurrenz in der Sicherheitsgesellschaft. Überlegungen zum Zusammenwirken staatlicher und kommerzieller Sozialer Kontrolle, in: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, Jg. 83, S. 306–319
- Lutz, Tilman/Thane, Katja (2002): Alles Risiko – oder was? Sicherheitsdiskurse zwischen Rationalität und Moral, in: *Widersprüche* 22, 86, S. 9–20.
- Marcuse, Herbert (1970): Repressive Toleranz, in: Wolff, Robert Paul/Moore, Barrington/Marcuse, Herbert (Hg.): *Kritik der reinen Toleranz*; Frankfurt M., S. 91–128.
- Marcuse, Peter (1998): Ethnische Enklaven und rassische Ghettos in der postfordistischen Stadt, in: Heitmeyer, Wilhelm et al. (Hg.): *Die Krise der Städte*, Frankfurt M., S. 176–193.
- Paul, B. (2007): Drogentests in Deutschland oder die Institutionalisierung von Misstrauen, erscheint in: *Kriminologisches Journal*, 39. Jg., Hf.1
- Peters, Helge (2002a): Sozialarbeit und soziale Kontrolle, in: Anhorn, R./Bettinger, F. (Hg.), *Kritische Kriminologie und soziale Arbeit. Impulse für professionelles Selbstverständnis und kritisch-reflexive Handlungskompetenz*, Weinheim und München, S. 213–222
- Peters, Helge (2002b): *Soziale Probleme und Soziale Kontrolle*. Wiesbaden
- Peters, Helge (2005): Kühler Umgang oder Dramatisierung – gibt es eine New Penology?, in: Pilgram, Arno/Prittwitz, Cornelius (Hg.): *Kriminologie als Akteurin und Kritikerin gesellschaftlicher Entwicklung*. Jahrbuch Rechts- und Kriminalsoziologie, Baden-Baden, S. 181–188.
- Quensel, Stephan (2006): Moderne Gladiatoren. Ein Cannabis-Disput, in: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 89. Jg., S. 291–313.
- Quensel, Stephan/Schmidt-Semisch, Henning (2007): Editorial: Drogenkontrolle jenseits des Strafrechts, erscheint in: *Kriminologisches Journal*, 39. Jg., Hf. 1
- Scheerer, Sebastian (2002): *Kritische Kriminologie und Drogenarbeit*, in: Anhorn, R./Bettinger, F. (Hg.), *Kritische Kriminologie und soziale Arbeit. Impulse für professionelles Selbstverständnis und kritisch-reflexive Handlungskompetenz*, Weinheim und München, S. 111–124
- Schmidt-Semisch, Henning (2002): *Kriminalität als Risiko. Schadenmanagement zwischen Strafrecht und Versicherung*, München
- Schmidt-Semisch, Henning (2002a): Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht. Zum Paradigmenwechsel in der Tabakpolitik, in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 25, Nr. 4/2002, S. 25–32
- Schmidt-Semisch, Henning (2003): *Kriminalität managen oder: Kann man der „Neuen Pönologie“ auch Positives abgewinnen?*, in: *Stiftung SPI (Hg.), Dokumentation der*

- Tagung: „Herausforderung Schnelle Reaktion bei Straftaten von Kindern und Jugendlichen“, in Berlin 11.–13. April 2003, S. 50–70
- Schmidt-Semisch (2004): Risiko, in: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.), *Glossar der Gegenwart*, Frankfurt a.M., S.
- Schmidt-Semisch, Henning (2007): Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle oder: Ausschließungsprozesse (noch) jenseits des Strafrechts, erscheint in: *Kriminologisches Journal*, 39 Jg., Hf.1
- Schmidt-Semisch, Henning/Wehrheim, Jan (2004): Rausch als individuelles Risiko – Dimensionen spätmoderner Drogenpolitik, in: *Forum Wissenschaft*, 21. Jg., Heft 2, S. 37–40
- Schneider, Wolfgang (2004a): Schadensbegrenzung in Drogenkonsumräumen. Ein kritischer Erfahrungsbericht am Beispiel Münster, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*, Berlin, S. 139–150
- Schneider, Wolfgang (2004b): Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*, Berlin, S. 11–28
- Schuller, Klaus/Stöver, Heino (1990): Einleitung, in: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.), *Akzeptierende Drogenpolitik. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*, Freiburg, S. 9–11
- Simon, Jonathan (1987): The Emergence of a Risk Society: Insurance, Law, and the state, in: *Socialist Review*, Vol. 17, S. 61–89
- Statistisches Bundesamt (2006): Rechtspflege. Strafvollzug – demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03. (Fachserie 10, Reihe 4.1), Wiesbaden
- Stöver, Heino (1990): Zum Verhältnis von Drogenpolitik und Drogenarbeit. Ansätze zur Entkriminalisierung und Normalisierung, in: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.), *Akzeptierende Drogenpolitik. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*, Freiburg, S. 173–191
- Temme, Gaby (2003): Die Kontrollierte Heroinabgabe als neue staatsförmig organisierte soziale Kontrolle. Vortragsmanuskript (<http://www.stareg.uni-bremen.de/downloads/Temme.pdf>)
- Ullmann, Rainer (2004): Das Verbot der Opiaterhaltungstherapien war wissenschaftlich nie begründet, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*, Berlin, S. 305–348
- Wacquant, Loïc J.D. (1997): Vom wohltätigen Staat zum strafenden Staat, in: *Leviathan* 25, 1, S. 50–65.
- Wagner, Monika (1999): Sakrales Design für Fiktionen vom öffentlichen Raum, in: *Kulturzentrum Schlachthof Bremen (Hg.): Parks in space*, Bremen/Boston, S. 66–75
- Wehrheim, Jan (2002): Die überwachte Stadt. Sicherheit, Segregation und Ausgrenzung. Opladen.
- Wehrheim, Jan (2004): Ökonomische Rationalität und Moral. Inklusions- und Exklusionsmodi in überwachten Städten, in: Lautmann, Rüdiger/Klimke, Daniela/Sack Fritz (Hg.): *Punitivität*. 8. Beiheft zum *Kriminologischen Journal*, Weinheim, S. 152–172.

- Weitekamp, Elmar G.M. (1998): And The Band Played On oder der Wahnsinn und kein Ende: Amerikanische Strafrechtspolitik, in: Ortner, Helmut et al. (Hg.): Die Null-Lösung, Baden-Baden, S. 67–87.
- Zimmer, Lynn (1999): Drug Testing. A Bad Investment, hrg. von der American Civil Liberties Union, New York.
- Zurhold, Heike/Haasen, Christian/Stöver, Heino (2005): Female Drug Users in European Prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives, Oldenburg

*Priv.-Doz. Dr. Henning Schmidt-Semisch,  
Universität Bremen, Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,  
Grazer Str. 2, 28334 Bremen,  
E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de*

*Dr. Jan Wehrheim,  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,  
AG Stadtforschung/AG Devianz,  
Institut für Soziologie, 26111 Oldenburg,  
E-Mail: jan.wehrheim@uni-oldenburg.de*



Heino Stöver

## **Substitutionsbehandlung für OpiatkonsumentInnen: Der lange Weg zum Erfolg!<sup>1</sup>**

---

### **Ausgangslage**

Nach einer langen und kontroversen Debatte wurde die Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige (damals v.a. mit Methadon) erstmalig 1987 systematisch in Deutschland eingeführt (Newman 1988; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Zwanzig Jahre später beläuft sich die Zahl der Substituierten auf ca. 65.000, bei einer Gesamtzahl von geschätzten 120–150.000 OpiatkonsumentInnen (Bätzing 2006). Rückblickend lässt sich diese enorme Steigerung in der Zahl der Substitutionsbehandlungen und eine weitgehende Akzeptanz dieser Behandlungsform in Deutschland u.a. durch den Erfolg erklären, die die Akzeptanz sowohl unter Politikern, Fachleuten, Ärzte erhöht haben.

Erst 1992 wurde das Betäubungsmittelgesetz geändert und die Substitutionsbehandlung legalisiert. Heute ist sie der bedeutendste Baustein im Rahmen der Behandlung Opiatabhängiger (Wittchen/Apelt/Mühlig 2005). Obwohl das erste kleine (noch experimentelle) Methadonvergabeprojekt bereits Mitte der 70er Jahre in Hannover durchgeführt wurde, blieb diese Behandlungsform in der Bundesrepublik heftig umstritten. Dabei hatte das Projekt durchaus Erfolge aufzuweisen: 100 prozentige Verminderung krimineller Aktivitäten, soziale Integration und Fortbildung, Beschäftigung bei den Probanden. Gleichwohl wurde das Projekt von PolitikerInnen und DrogenhelferInnen als Misserfolg bewertet, weil das Ziel der Abstinenz nicht erreicht wurde (Krach et al. 1987). Abstinenz ist auch heute, 30 Jahre danach, noch ein entscheidender Maßstab in der Bewertung von Drogenhilfe, wenn auch nicht mehr der allein gültige. Aber das kann sich auch wieder ändern, wird doch gerade der Ruf nach dem Abstinenzernfolg bei der Substitutionsbehandlung wieder lauter.



Aus der Drogenhilfe nicht mehr wegzudenken ist seit dem Beginn der HIV/AIDS-Verbreitung unter intravenös applizierenden DrogenkonsumentInnen Mitte der 80er Jahre auch die Ausrichtung der entsprechenden Maßnahmen auf „Schadensminimierung“ (Harm Reduction), die Menschen unabhängig von ihrem Abstinenzwillen Hilfen zum (gesunden) Überleben anbietet (Stöver 2002). Im Rahmen dieser Neuorientierung (Newman 1988; Michels 1993; Vertheim/Kalke/Raschke 1998; Gerlach 2002; Michels 2005) hat die Substitutionsbehandlung einen eigenständigen Wert erhalten: Sie ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität vieler Drogenabhängiger geworden (im Sinne von Überleben, Reduzierung der Morbidität und Mortalität, psychischer, physischer und sozialer Stabilität etc.). International werden diese Ergebnisse eindrucksvoll bestätigt vor allem in Bezug auf

- ▷ die Reduktion des Heroinkonsums,
- ▷ die hohe Haltekraft und Reichweite der Behandlung,
- ▷ die Verringerung der Kriminalität,
- ▷ die Reduktion von Wiederinhaftierung
- ▷ und die Reduktion von HIV-Transmissionen<sup>2</sup>.

Aber die Substitutionsbehandlung allein ist kein Garant für diese Erfolge – nicht bei allen PatientInnen, nicht in jeder Phase ihrer Biographie und oft nicht ohne weitere psycho-soziale Hilfen von Professionellen oder aus dem näheren sozialen Umfeld.<sup>3</sup>

Darüber hinaus zeigt die Praxis aber auch erhebliche Qualitätsmängel in der Behandlung: ungenügende Zusammenarbeit von Ärzten und Mitarbeitern psycho-sozialer Professionen in der psycho-sozialen Betreuung; Angst vieler Ärzte, in die Substitutionsbehandlung einzusteigen (im Gegenteil viele steigen wieder aus oder beginnen trotz erworbenen Fachkundenachweises gar nicht erst); erhebliche Versorgungsgefälle (Nord-Süd, West-Ost, Stadt-Land, beim Übertritt von einem Setting in ein anderes). Dazu kommen: Unklarheiten in Ziel, Gestaltung und Finanzierung der psycho-sozialen Betreuung (PSB) sowie rechtliche Unsicherheiten vieler Ärzte in einer vergleichsweise stark regulierten und administrativ aufwändigen Behandlung.

Für all diejenigen, welche die Anfänge, d.h. die ‚Glaubenskriege‘ und Auseinandersetzungen um Methadon erlebt haben, scheint die gegenwärtige Zahl der Substitutionsbehandlungen durchaus ein Erfolg zu sein. Doch selbst angesichts der relativ hohen Zahl der mit dieser Behandlung erreichten OpiatkonsumentInnen ist ihr Potential längst nicht ausgeschöpft – sowohl in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht. Noch immer gibt es eine erhebliche Behandlungslücke zwischen denjenigen, die eine Substitutionsbehandlung erhalten wollen, und der Anzahl der Plätze. Woran liegt das? Sperrt sich das Behandlungssystem noch immer gegen Substitution? Gibt es zu wenige Ärzte? Und wenn ja, warum?

Lässt sich kein Geld damit verdienen? Gibt es zu viele rechtliche Unsicherheiten für die Ärzte? Haftet der Suchtmedizin noch immer das Stigma der ‚Schmuddelmedizin‘ an?

Im Folgenden sollen einige ausgewählte Aspekte der Substitutionsbehandlung vorgestellt werden, die verdeutlichen, warum diese erfolgreiche Behandlungsform noch immer gebremst wird, und warum wir noch meilenweit von einer ‚normalen Behandlung‘ von opiatabhängigen Menschen entfernt sind.

## Die strafrechtliche Bedrohung

Keine andere Krankenbehandlung wird derart restriktiv mit Mitteln des Strafrechts geregelt wie die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Menschen. Im §5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) kommt das gesamt Misstrauen des Gesetzgebers gegenüber der Behandlungsfreiheit der Ärzte zum Ausdruck. Bis ins kleinste Detail wird die Therapie geregelt und begrenzt: Hier wird z.B. der Ausschluss der Patienten sowie der Abbruch der Behandlung unter bestimmten Bedingungen geregelt oder auch die Auswahl der an Heroinabhängige verschreibbaren Medikamente (entgegen internationalen und nationalen Erfahrungen und Erprobungen) eingeschränkt; mit den Regelungen zur täglichen Einnahmekontrolle wird verhindert, dass die Behandlung den individuellen Fortschritten sozialer Integration (Erwerbsarbeit z.B. wird nahezu unmöglich bei täglichem Erscheinen in der Arztpraxis) angepasst werden kann. Diese Regelungen führen zur Klientelisierung, zur Abhängigkeit vom Medizin- und Psychosozialsystem, sie entmündigen die Patienten und behindern das Therapieziel „soziale Reintegration“.

Auf jeden Fall erreicht werden soll dagegen das Therapieziel „Abstinenz“, obwohl gerade dieses Ziel nicht bei allen Patienten erreichbar ist und auch nicht von allen Patienten gewünscht wird. Das Drängen und die Fixierung auf Abstinenz (bei gleichzeitiger Abwertung anderer Ziele) gefährdet oft die erreichten Behandlungsfortschritte. Mit dem unangemessenen Instrument des Strafrechts wird also massiv in die Therapiefreiheit des Arztes eingegriffen und das Arzt-Patient-Verhältnis unnötig belastet. So kann z.B. auch der Arzt nicht nur berufsrechtlich belangt werden, sondern wird – was die (Nicht-)Einhaltung der Behandlungsmodalitäten betrifft – auch durch das Strafrecht bedroht.

Solche Regelungswut und Eingriffe in die ärztliche Therapiefreiheit führen dazu, dass die Substitutionsbehandlung von viele Ärzte als administrativ-rechtlich komplex und unattraktiv angesehen wird mit der Folge, dass die Zahl der substituierenden Ärzte stagniert und die wenigen Ärzte immer mehr Patienten versorgen müssen. Insbesondere gibt es in Deutschland ein Stadt-Land-Gefälle mit

einer krassen Unterversorgung auf dem Land, wo sich immer weniger Ärzte bereit finden, die Belastungen der täglichen Substitut-Abgabe auf sich zu nehmen, oftmals ohne Unterstützung von Kollegen und Behörden. Mit den Mitteln des Strafrechts soll eine Qualitätssicherung erreicht werden. Dies ist jedoch nicht Aufgabe des Strafrechts, sondern Aufgabe der ärztlichen Körperschaften und ihrer Selbstkontrollorgane.

## **Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)**

Die Versorgung mit Angeboten zur Substitutionsbehandlung ist in vielen Regionen Deutschlands defizitär: Mangelnde Strukturen und fehlende Unterstützung in unterversorgten Gebieten bedeuten eine massive Unterversorgung der Drogenabhängigen auf dem Lande und in Kleinstädten. Darüber hinaus müssen Patienten in Substitution oft täglich unzumutbar weite Wege in die Arztpraxis in Kauf nehmen, mit allen damit verbundenen Gefahren. Dieser Strukturmangel verhindert andererseits die soziale Integration und gesundheitliche Stabilisierung dieser Patienten. Die Ärzte, die in solchen schlecht versorgten Gebieten noch substituieren, sind chronisch überlastet, riskieren, dass sie Vorschriften nicht genügend beachten können (z.B. Mitgabe von Betäubungsmitteln), und erfahren keinerlei Hilfe durch ihre Kollegen und die Landesorganisationen. Da der Sicherstellungsauftrag originäre Aufgabe der kassenärztlichen Vereinigungen ist, sollten auch diese ihre Pflichten wahrnehmen. Es ist wenig dienlich, wenn sich andere Gruppierungen mit der Lösung dieser Aufgabe beschäftigen, es wäre aber sicher hilfreich wenn hier mit Nachdruck und zeitlichen Vorgaben eine Lösung des Versorgungsproblems eingefordert wird. Denkbar wäre auch die Einrichtung von durch die KV getragenen Substitutionspraxen mit von dieser angestellten Ärzten um die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicher zu stellen. Bisher gibt es in ganz Deutschland nur eine Praxis, die von der KV betrieben wird (Mannheim).

Erhebliche Probleme in der Kontinuität der Substitutionsbehandlung treten beim Übertritt des Patienten von einem Setting oder einer Therapie in ein anderes/eine andere (z.B. Gemeinde-Strafvollzug-Gemeinde, Rehabilitation, abstinenzorientierte Therapie) auf. Da andere Haltungen und andere Finanzierungsgrundlagen bestehen, wird eine Krankenbehandlung einfach unterbrochen! Eine unfreiwillige Behandlungsunterbrechung hat immer negative Folgen auf die Behandlung der Krankheit: Das Prinzip: „Je früher die Behandlung, desto erfolgreicher“, wird hier völlig missachtet.

## **Mangelnde Versorgung opiatabhängiger Patienten in Justizvollzugsanstalten, Maßregelvollzug, medizinischen Rehabilitation**

Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Erkrankung. Diese Behandlung darf betroffenen Menschen in Haft- und Therapieeinrichtungen nicht versagt werden. Ein großer Teil der Drogentodesfälle ist nach Entlassung aus einer der oben aufgeführten Anstalten zu beklagen. Selbst bei vorhandener Substitutionsbehandlung wird diese bei Haftantritt in den o.g. Institutionen in der Regel nicht weitergeführt (Stöver/Casselman 2006). Dies ist nicht nur unter medizinischen Kautelen als kunstfehlerhaft zu betrachten, und nimmt den Tod nach Haftentlassung und in der Regel häufigem Rückfall billigend in Kauf, sondern in der jetzt praktizierten Form (meist ‚kalter Entzug‘) missachtet sie auch die Menschen- und Patientenrechte. Ein drastisches Beispiel dieser Mangelversorgung bildet die JVA Tegel in Berlin: Für die 1.700 Gefangenen, von denen ca. 25 Prozent Opiatgebraucher sind stehen nur 17 Substitutionsplätze zur Verfügung.

## **Substitutionsbegleitende psychosoziale Maßnahmen („PSB“)**

Unter Forschern und Praktikern besteht ein Konsens darüber, dass psychosoziale Angebote eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der Substitutionsbehandlung sind und sich positiv auf individuelle Behandlungsverläufe und soziale Integrationsprozesse auswirken können. Andererseits hat allerdings allein schon der medizinische Teil der Substitutionsbehandlung – unabhängig von der Psychosozialen Betreuung (PSB) – einen erwiesenen günstigen Effekt auf den Verlauf der Heroinabhängigkeit, weshalb ein Behandlungsabbruch aufgrund nicht in Anspruch genommener PSB ärztlich nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht begründet ist. Das vielfach aufgestellte Junktim „Eine ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung nur, wenn gleichzeitig eine psycho-soziale Betreuung stattfindet“ ist deshalb aufzuheben. Vielmehr müssen die Angebote psycho-sozialer Unterstützung für Patienten in Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht ausgestaltet und entsprechend finanziell sichergestellt werden.<sup>4</sup> Das Potential, das PSB den Substitutionspatienten bieten kann, ist bei weitem nicht ausgeschöpft. Überhaupt ist bisher nur spärlich erforscht worden, welchen Einfluss psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen professioneller Hilfe auf den Behandlungsverlauf von Patienten in Substitutionsbehandlungen ausüben können. Dieses Forschungsdefizit lässt sich darauf zurückführen, dass sich die Durchführung differenzierter Wirkungsanalysen auf Grund der Schwierigkeit der Trennung von Einflüssen psychosozialer Intervention von anderen konkur-

rierenden Wirkfaktoren als problematisch erweist, denn es ist nicht einmal bekannt, welche Komponenten überhaupt als Wirkfaktoren in Betracht gezogen werden können (Degkwitz, P. 1998; Küfner, H., Rösner, S. 2005).

Während bspw. in Deutschland (anders in Österreich) eine rechtliche Forderung nach ‚psycho-sozialer Betreuung‘ erhoben und zur Bedingung einer Substitutionsbehandlung gemacht wird, bleiben Widersprüchlichkeiten, was Recht und Finanzierung anbetrifft. Bei einer Privatliquidation ist ‚lediglich‘ der behandelnde Arzt für die Ermittlung des erforderlichen Bedarfs an „PSB“ zuständig, während bei einer krankenkassenfinanzierten Behandlung gemäß BUB-Richtlinien dieser Bedarf von einer psychosozialen Drogenberatungsstelle festgestellt und schriftlich bescheinigt werden muss. Der Arzt muss diese Bescheinigung seiner Dokumentation beifügen. Eine Kostenübernahme für die Substitutionsbehandlung erfolgt aber auch dann, wenn eine Beratungsstelle bescheinigt, dass kein Bedarf an psychosozialer Unterstützung besteht. Obwohl in den BÄK- und BUB-Richtlinien eine Teilnahme von Substitutionspatienten an „PSB“ quasi gefordert wird, übernimmt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) deren Finanzierung ausdrücklich nicht.

Dies scheint der zentrale Widerspruch zu sein, der die Kommunen und Bundesländer in unterschiedliche Finanzierungsmodelle zwingt. Es bestehen dabei eher ‚dynamische‘ und eher ‚statische‘ Modelle. Im dynamischen Finanzierungsmodell wächst die Zahl der ‚psycho-sozialen Betreuer‘ mit der Zahl der Substituierten, weil fall-/stundenweise abgerechnet wird. Im statischen Modell hingegen wird einmalig eine psycho-soziale Unterstützungs-Infrastruktur aufgebaut, deren Erweiterung nicht notwendigerweise an die erhöhten Zahlen von Substituierten gekoppelt sein muss, sondern durchaus Finanz-/Sparzwängen der Kommune Rechnung trägt (vgl. Gerlach/Stöver 2006).

## **Diversifikation: Verwendete Substanzen**

Da es sich bei der Opiatabhängigkeit um eine chronische Erkrankung mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen handelt, bedarf es auch eines deutlich differenzierteren medikamentösen Angebotes als bisher. Ergebnisse in Nachbarländern zeigen, dass z.B. retardierte Morphine (Österreich), Dihydrocodein (Schottland, teils auch Deutschland), Diacetylmorphin (Schweiz, Niederlande, Großbritannien und Deutschland) unbedingt zu diesem Spektrum dazugehören müssen. Hierzu gilt es Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Erforschung weiterer Substanzen und Einsatzmöglichkeiten fördern. Auch die kombinierte Abgabe unterschiedlicher Präparate darf, ähnlich wie bei anderen Krankheiten, kein Tabu sein.

## Fazit

Trotz aller beachtenswerten Fortschritte in der Substitutionsbehandlung (von einer Behandlung mit Experimentierstatus zur Regelversorgung) sind wir von einer normalen Krankenbehandlung Opiatabhängiger noch weit entfernt. Die „freie Arztwahl“ beispielsweise als Grundlage unseres Gesundheitssystems ist allein schon deswegen massiv eingeschränkt, weil man – aufgrund der Tatsache, dass es so wenig Ärzte gibt, die Opiatabhängige mit Substitutionsmitteln behandeln – für eine Behandlung einen erheblichen Teil des Tages aufwenden muss. Zugleich legen die rechtlich-administrativen Rahmenbedingungen nahe, dem Patienten mit erheblichem Misstrauen zu begegnen und ihn über Urinkontrollen ständig hinsichtlich seines weiteren Drogenkonsums zu kontrollieren. Allein der Konsum von Cannabis kann dann geahndet und zum Therapieausschlussgrund werden.

Neben den hier skizzierten Behandlungs-/Praxis- und Versorgungsproblemen bedarf es zudem weiterer rechtlicher Klärungen, administrativ-bürokratischer Vereinfachungen und organisatorisch-technischer Verbesserungen in mehreren Bereichen. Die Adressaten dieser Veränderungen sind in unterschiedlichen Disziplinen, Professionen, Organisationen und Systemen tätig (Ärzte, Bundes-/Landesministerien, Krankenkassen, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Praktiker in psycho-sozialen und Gesundheitsberufen etc.). Gleichzeitig gibt es gewachsene Bundesländerregelungen und -interessen, GKV-separate Finanzierungssysteme (z.B. Gefängnisse) mit ganz anderen Zuständigkeitsbereichen (Justizadministrationen) sowie „Systemfehler“ (z.B. wird die psycho-soziale Betreuung von allen gewünscht/gefordert, sie ist aber nicht Teil der Substitutionsbehandlung und überlässt die Finanzierung den Kommunen). Diese Interessenflechte und parzellierten Zuständigkeitsbereiche, diese massiven rechtlichen Beschränkungen und schließlich die unterschiedlichen Verbandsinteressen machen Veränderungen in der Substitutionsbehandlung so schwer. Doch der Widerstand an der Basis wächst: Patienten, Ärzte und Fachverbände formulieren Verbesserungsvorschläge, die zumindest Versorgungslücken identifizieren und Alternativen formulieren. Es müssen kurz-, mittel- und langfristig Perspektiven für umsetzbare Praxis- und Politikalternativen entwickelt werden, die helfen,

- ▷ die Behandlungsreichweite zu erhöhen,
- ▷ die Behandlungsqualität zu steigern,
- ▷ die Behandlungssicherheit zu verbessern
- ▷ die Alltags- und Praxistauglichkeit zu erhöhen.

Ganz deutlich jedoch ist, dass ein stärkeres Ineinandergreifen verschiedener Interventionsangebote sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation auf lokaler/regionaler Ebene Synergieeffekte verschiedener Hilfeangebote und -träger (stärker) nutzen könnte.

## Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag basiert auf den Diskussionen und Resultaten des DAH Treffens „Substitution“ 25.01.2007 in Berlin und der AG „Substitution“ auf dem 8. Internationale akzept Kongress im März 2006 in Berlin. Dank an alle TeilnehmerInnen! Dank auch für die Unterstützung von Ingo Ilja Michels/Shanghai und Ralf Gerlach, Münster
- 2 Siehe mit weiteren Übersichten: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg., 2005): Vom Tabu zur Normalität. – 20 Jahre Substitutionsbehandlung in Deutschland
- 3 Für einen Teil dieser Menschen, die von der Substitutionsbehandlung nicht genügend profitieren war das Heroinprojekt vorgesehen, das trotz beachtlicher Erfolge nun nach dem Veto der CDU doch nicht umgesetzt wird. Vorerst! Die Länder planen eine Gesetzesinitiative, um über den Umweg des Bundesrates den überzeugenden Ergebnissen der Medikamentenstudie doch noch Rechnung zu tragen.
- 4 Die Wahrnehmung einer psychosozialen Betreuung (PSB) durch den Patienten sollte stets auf freiwilliger Basis erfolgen und nicht unter strafrechtliche Kuratel gestellt werden. Quantitativ wie qualitativ unzureichende PSB-Angebote dürfen nicht dazu führen, dass der Zugang zur ärztlichen Substitution limitiert wird.

## Literatur

- Bätzing, S. (2006): Zwischen Abstinenztherapie und Diamorphinvergabe – die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen in Deutschland heute und morgen. Statement im Rahmen des 5. Parlamentarischen Abends der sanofi-aventis Deutschland GmbH am 20. September 2006 in Berlin
- Degkwitz P. (1998): Psychosoziale Betreuung Substituierter in Hamburg. Paranus, Neumünster
- Gerlach R., Stöver H. (Hrsg) (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland – Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Lambertus, Freiburg
- Gerlach, R. (2002): Drug Substitution Treatment in Germany: A Critical Overview of its History, Legislation and Current Practice. *Journal on Drug Issues* 2: 503–522
- Krach, C. et al. (1978): Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 51: 289–293
- Krach, C., Peschke, H. (1987): Das Hannoversche Methadonprogramm. 11 Jahre danach. Nicht veröff. Mansukript. Hannover
- Küfner, H., Rösner, S. (2005): Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation. In: Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg) *Vom Tabu zur Normalität*. Lambertus, Freiburg
- Michels, I. I. (1993): Critical Analysis of the Drug Treatment Policy in Germany. In *Aids and Drug Addiction in the European Community, Proceedings of a Seminar on AIDS and Drug Addiction in the Twelve European Communities Member States, Brussels July 1–2*. Edited by Reisinger, M. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon: 90–102
- Michels, I.I. (2005): Substitutionsbehandlungen in Deutschland – vom Tal der Tränen in die Mühen der Ebene. In: Gerlach, R., Stöver, H (Hrsg.), *Vom Tabu zur Normalität*.

- 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Edited by. Freiburg i.Br.: 359–369
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998): Medikamentengestützte Rehabilitation i.v. Opiatabhängiger – Katamnese. Düsseldorf
- Newman, R.G. (1995): Another Wall That Crumbled – Methadone Maintenance Treatment in Germany. in: *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 21: 27–35
- Newman, R.G. (1988): Is there a Role for Methadone in Germany? in: *AIDS & Public Policy Journal* 3: 23–29
- Stöver, H., Casselmann, J. (2006): Substitutionsbehandlungen in europäischen Gefängnissen. (Substitution Treatment in European Prisons) *Suchttherapie* 7: 66–71
- Stöver, H. (2002): Drug Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons. *Journal on Drug Issues* 2: 573–595
- Verthein, U., Kalke, J., Raschke, P. (1998): Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results. in: *International Journal of Drug Policy* 9: 71–78
- Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Mühlig, S. (2005): Die Versorgungslage der Substitutionstherapie. In: Gerlach, R., Stöver, H (Hrsg.), *Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft.* Freiburg i.Br.: 64–77

*Prof. Dr. Heino Stöver,  
Universität Bremen, Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,  
Grazer Str. 2, 28359 Bremen*





Klaus-Uwe Gerhardt<sup>1</sup>

## Garantiertes Mindesteinkommen – eine Forderung für alle(s)?

---

### Vorbemerkungen

Über 20 Jahre lang dümpelte die Debatte um ein garantiertes Mindesteinkommen vor sich hin. Die Idee der „Befreiung von falscher Arbeit“ erlebt nach dem Scheitern der Hartz-Reformen einerseits und dadurch an Aktualität, weil Arbeitszeitverkürzung, armutsvermeidende gesetzliche Mindestlöhne nur gemeinsam mit einem garantierten Mindesteinkommen denkbar sind (Gerhardt 1985; Gerhardt/Weber 1986; 1987). Die Medienkampagne für ein bedingungsloses Grundeinkommen, finanziert vom Anthroposoph und Drogerie-Unternehmer Götz Werner, brachte zusätzlichen Schub in die Debatte.

In der linken Kritik überwiegt die Skepsis gegenüber einem garantierten Mindesteinkommen. Einkommen ohne Erwerbsarbeit wird als Dilemma beschrieben, weil die Verteilungsfrage auf die gesellschaftlich vorherrschende Produktion von Reichtum angewiesen zu sein. Den Vertretern des garantierten Mindesteinkommens wird zwar eingeräumt, die Lage von Erwerbslosen verbessern zu wollen. Die Abschaffung der Arbeitspflicht sei unter den Bedingungen der Kapitalverwertung und der entsprechenden Eigentumsverhältnisse illusionär, schwäche die gemeinsame Abwehr der Angriffe des Kapitals und spalte zwischen Erwerbslosen und -tätigen (Roth 2006). Die GRÜNEN gehörten in den 1980er Jahren zu den Pionieren der Grundeinkommensdebatte, trugen als Juniorpartner der letzten Bundesregierung die umstrittenen Arbeitsmarktreformen allerdings mit und zeigen sich heute erstaunt über das Ausmaß der Hartz-IV-Verarmung (Bündnis 90/Die Grünen 2006; Emmeler/Poreski 2006). Ist ein soziales Antlitz der Hartz-Reformen also auszuschließen? Auf die Bedenken gibt es zwei Argumente, die ausschließlich für ein Grund- bzw. Mindesteinkommen sprechen und nicht von anderen Reformkonzepten beantwortet werden. Das ist erstens das Ende der Vollbeschäftigung und zweitens die Überwindung der Lohnarbeit (Vobruba 2006). Dabei ist eine andere Verteilung innerhalb der bestehenden Produktions-

verhältnisse wie beim schwedischen Wohlfahrtsmodell vorstellbar (Kipping/Blaschke 2005). Die Wirtschaft funktioniere durch neue Freiheiten sogar besser, weil die Arbeitsmotivation steigt (Straubhaar 2006).

Im Folgenden wird für die soziale Weiterentwicklung der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (Hartz IV) zu einem garantierten Mindesteinkommen argumentiert. Ich beginne mit der Diagnose der Arbeitsmarktkrise. Es folgt die Würdigung der Hartz-Initiative, welche Lohnsubventionen neu strukturiert und den Niedriglohnsektor ausdehnt. In einem dritten Schwerpunkt sind die vorläufigen Ergebnisse der Arbeitsmarkt- und Sozialreformen darzustellen. Zahlen sich die harten sozialen Einschnitte letztendlich für das Gemeinwohl aus? Erwerbsarbeit behält ihre Prägekraft für individuelle Lebensentwürfe. Daher sind Brücken zwischen dem Erwerbsleben in allen Lebensphasen offen zu halten. Viertens geht es um die Frage, ob und inwieweit sich aus Hartz IV ein garantiertes Mindesteinkommen mit sozialem Antlitz entwickeln ließe. Dazu braucht es neue Perspektiven und konkrete Umsetzungsschritte.

## **Neue Sicht auf den Arbeitsmarkt und die Krisenursachen**

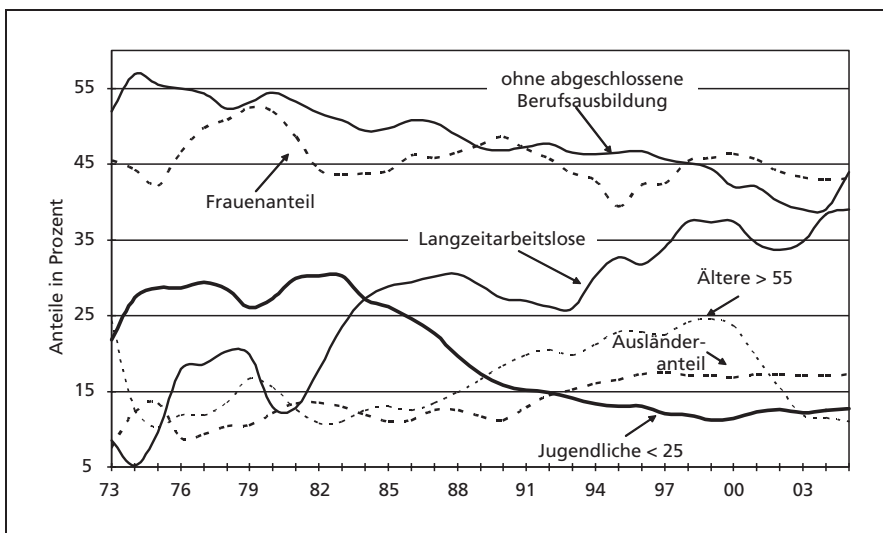
Die Diskussion um ein garantiertes Mindesteinkommen begann in Deutschland, als sich mit der Erdölpreiskrise das Ende der Vollbeschäftigung abzeichnete. Vollbeschäftigung, gerechte Umverteilung und qualitative Neuausrichtung der Arbeit waren damals zumindest noch theoretisch vorstellbar. Arbeitszeitverkürzung, Frühverrentung oder Altersteilzeit milderten die Arbeitslosigkeit ab, verhindern neue Armut, prekäre Arbeit oder steigende Arbeitslosigkeit indes nicht. Trotz Doppeljobs leben viele Menschen an oder unter der Armutsgrenze. Auch 30 Jahre später geht der Arbeitsgesellschaft die Erwerbsarbeit keineswegs aus; das Arbeitsvolumen und die Zahl der Erwerbstätigen bleiben insgesamt recht stabil. Gleichwohl verändert sich die Struktur der Beschäftigung, was sich in Prekarisierung, der neuen Selbstständigkeit und einem ausgedehnten Niedriglohnsektor äußert. Normalbeschäftigung als sozialversicherungspflichtige, unbefristete Arbeit wird flexibilisiert und die Löhne gespreizt.

Die Arbeitslosigkeit steigt seit drei Dekaden in Deutschland treppenförmig an. Verantwortlich dafür sind nach offizieller Lesart vor allem der angeblich verriegelte Arbeitsmarkt, das Arbeitsrecht und der Kündigungsschutz. Niedrig qualifizierte würden wegen der Sockelungspolitik der Gewerkschaften zu hoch bezahlt. Der Arbeitsanreiz für diese Problemgruppen – gemeint ist die finanzielle Not – sei zu gering, weil das sozialstaatliche Sicherungsniveau zu hoch sei. Keinesfalls dürfe es Mindestlöhne geben, denn sonst haben Langzeitarbeitslosen mit niedriger Arbeitsproduktivität noch schlechtere Integrationschancen. Allein durch mehr Lohnspreizung sei die Armutsfalle aufzulösen. Außerdem könnten durch

staatlich bezuschusste Kombilöhne schlechte oder schlecht bezahlte Jobs für die Firmen attraktiv gestaltet werden. Im Gegensatz dazu steht die Kaufkraft-These der Löhne. Vor allem höheres Wachstum bringe – wie derzeit – neue Jobs. Demnach verdienen binnenwirtschaftlich orientierte Betriebe durch Lohn- und Leistungskürzungen noch weniger, sie schaffen zwar die meisten Jobs, aber können ihre Produktionsstätten nicht beliebig in das noch billigere Ausland verlagern. Diese Fakten werden überlagert durch dauerhafte Exportstärke. Ein Weiteres trägt der Staat zur Arbeitslosigkeit bei, weil sich die öffentliche Hand aus der aktiven Wirtschaftspolitik zurückzieht oder die Infrastruktur vielerorts verfallen lässt. Anders gewendet: Massenarbeitslosigkeit ist die Antwort des Kapitals auf frühere Verteilungserfolge der Bevölkerungsmehrheit.

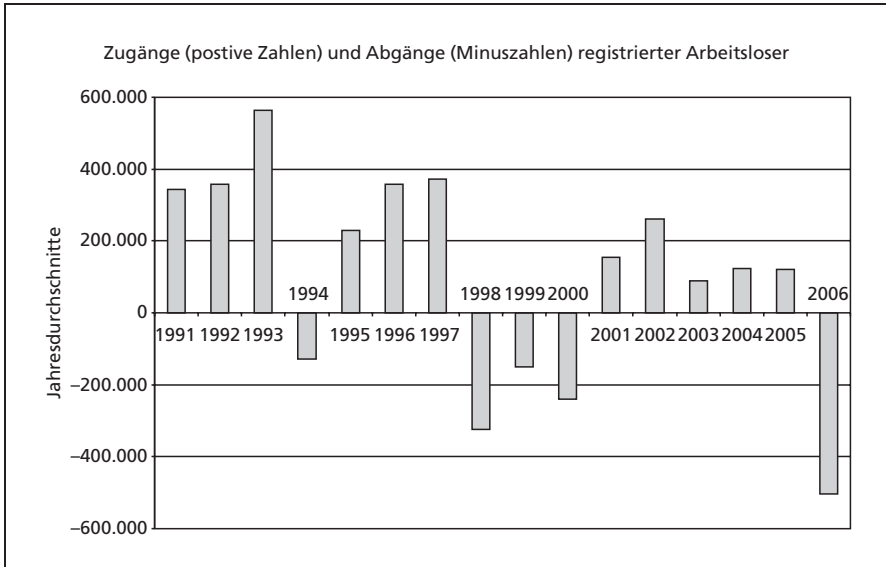
Wie es der Angebotspolitik gelingt, verlorenes Terrain zurück zu gewinnen, lässt sich aus den sich verändernden Strukturmerkmalen der Arbeitslosigkeit über die letzten drei Jahrzehnte verfolgen (Abbildung 1). Entgegen der vorherrschenden Meinung sanken die Anteile der Unqualifizierten, der Jugendlichen oder der erwerbslosen Frauen. Allein der Anteil der Langzeitarbeitslosen steigt, jedoch nicht gleichförmig, sondern der Anteil der Langläufer unter den Arbeitslosen sinkt im Aufschwung oder durch staatliches Handeln. Insofern ist Langzeitarbeitslosigkeit ein artifizielles Konstrukt. Zu hohe Arbeitskosten oder Arbeitnehmerrechte fallen als Erklärung der Jobkrise allein deshalb aus, weil gerade dort die Zahl der Arbeitslosen besonders hoch ist, wo Löhne und Tarifstandards

Abb. 1: Entwicklung der Strukturmerkmale der Arbeitslosigkeit



Quelle: Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, Zahlenfibel, eigene Berechnungen

Abb. 2: Zu- und Abgänge in und aus Arbeitslosigkeit



Quelle: IAB

niedrig sind (z.B. in Ostdeutschland). Noch in der ersten Legislaturperiode von Rot-Grün gab es neben einer guten Konjunktur eine aktive Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik, was die Langzeit- oder Jugendarbeitslosigkeit deutlich verringerte. Es sind die Hartz-Reformen, die mehr Langzeitarbeitslose zurücklassen, statt weniger (Abbildung 2).

Der Stellenbestand ist kein fester Block und allein wenig aussagekräftig. In den letzten 15 Jahren nahmen die Bestandszahlen zu, weil der Zustrom in die Erwerbslosigkeit gegenüber den Abgängen meist überwog. Erwerbslose suchen länger nach neuen Jobs, geben die Suche völlig auf oder werden dauerhaft erwerbslos oder wandern in die stille Reserve. Langzeitarbeitslosen sind immer öfter gut qualifiziert.

Ex-VW-Manager Peter Hartz erhielt den Regierungsauftrag für die Arbeitsmarktreform u.a. wegen der regional erfolgreichen Firmenpolitik in Wolfsburg. Auf die Agenda der Hartz-Kommission kam ein Lohnsubventionskonzept, welches die rot-grüne Bundesregierung in vier umfassende Arbeitsmarkt- und Sozialgesetze (Hartz I–IV) fasste. Um die Sucharbeitslosigkeit zu vermindern, werden „Marktkunden“ schneller vermittelt oder mit Strafen belegt, weil sie sich nicht rechtzeitig arbeitslos melden. Für „Beratungskunden“ gibt es Workfare. Arbeitslose sollen aktiviert werden durch finanzielle, geografische und berufliche

Mobilität sowie erhöhte Zumutbarkeit. Es drohen harte Sanktionen, lückenlose Überwachung und massive Leistungskürzungen. Zumindest soll die Konzessionsbereitschaft zunehmen, schlechte oder schlecht bezahlte Jobs anzunehmen oder zu behalten.

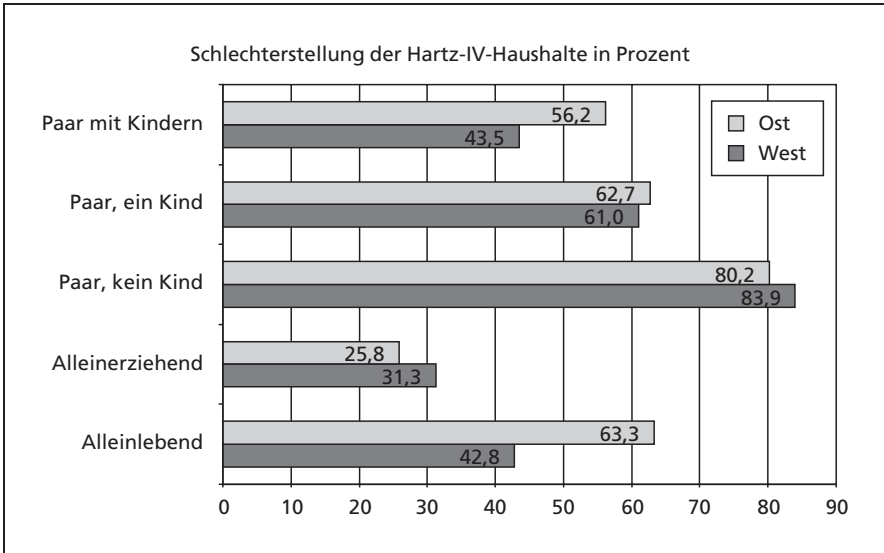
Mit den VW-Tarifmodellen hat die totale Mobilmachung wenig zu tun. Beim „Wunder von Wolfsburg“ mussten etwa 200.000 € für eine neue Stelle investiert werden.<sup>2</sup> Wollte man so zwei Millionen industrielle Arbeitsplätze schaffen, müssten deutschlandweit 400 Mrd. € investiert werden. Selbst GewerkschaftsökonomInnen fordern nur einen Bruchteil dessen. Neue Jobs sollen im Bereich haushaltsnaher und personengebundener Dienste zu untertariflichen Löhnen entstehen. Anders: Im Blickfeld von Hartz war eine Dienstboten-Gesellschaft. Die Refeudalisierung der Arbeit erforderte indes einen Einstellungswandel und höhere Einkommen für die Mittelschicht.

## Was beim Hartz-Großexperiment herauskam

Das Hartz-Konzept ordnet Lohnsubventionen neu, ABM/SAM und Weiterbildung werden gekürzt sowie die Arbeitsverpflichtung ausgedehnt. Armutsforscher wirkten an den Hartz-Empfehlungen nicht mit, sie hätten auf das drohende Massenphänomen Armut und soziale Ausgrenzung aufmerksam machen oder Alternativszenarien entwickeln können. Wie nicht anders zu erwarten war, geht der erfreuliche Rückgang der Arbeitslosigkeit in 2006 auf die Konjunktur und auf Sonderfaktoren der Hartz-IV-Umsetzung zurück.

Die Strukturreformen am Arbeitsmarkt helfen, die relative Lohnstückkostenposition der deutschen Wirtschaft zu verbessern, indem die geringfügige Beschäftigung den Preisdruck auf alle Löhne erhöht. Teilzeit, befristete Jobs und abgabenreduzierte Minijobs boomen. Atypische und geringfügige Jobs nehmen zu und ersetzen massenhaft sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Zwar vergrößern Minijobs, Ein-Euro-Jobs und Hartz IV den Arbeitsangebotsdruck, der Arbeitsmarkt aber wird nicht entlastet. Zudem entstehen neue Mitnahme- und Verdrängungseffekte. Es sind vor allem Hausfrauen, Rentner, Schüler und Studenten, die ihr Einkommen durch (mehrere) Minijobs aufbessern. Darüber hinaus wirken die Hartz-Reformen sowie die flankierenden Begleitgesetze, Verordnungen und Erlasse meist negativ auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse (Abbildung 3). Die durch Hartz IV ausgelöste finanzielle Schlechterstellung ist erheblich und reicht tief in die Mittelschichten hinein. Nicht abgebildet sind die sozialen Einschnitte für jene, die keine sozialen Transferleistungen erhalten, weil sie nicht als bedürftig gelten, oder ihre Ansprüche nicht geltend machen. Insofern ist die „Unterschichten-Debatte“ ungenau. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad, der Nichtwähler-Anteil und die Affi-

Abb. 3: *Finanzielle Folgen der Hartz-IV-Reform ausgewählter Haushaltstypen*



Quelle: *Blos/Rudolph 2005; Schulte 2004; eigene Rechnung*

nität zu rechten Parolen sind im „abgehängten Prekariat“ überdurchschnittlich hoch. Das sozialdemokratisch-keynesianische Projekt verhalf den „Kindern der Tertiärisierung“ durch Bildung und Einkommenszuwächse zum sozialen Aufstieg. Nun sind beide Gruppen verstärkt mit Abstiegsängsten konfrontiert (Heitmeyer 2006).

Hartz IV wirkt nun seit Anfang 2005. Dem amtlichen Evaluationsbericht zufolge ist Hartz I–III wirkungslos, teuer bis kontraproduktiv. Hartz IV ist sozial und beschäftigungspolitisch ein Debakel. Unter der Aktivierungsdevise „Fördern und Fordern“ nehmen (Kinder-)Armut zu, Teilhabe- und Bildungschancen verschlechtern sich. Der „modernste Niedriglohnsektor Europas“ (Gerhard Schröder) beseitigt alte Ungerechtigkeiten, erzeugt neue soziale Schieflagen und verstärkt Langzeitarbeitslosigkeit. Heute sind die Sozialkassen leer, die JobCenter voll und die Schwarzarbeit wurde nicht zurück gedrängt. Selbst Menschen mit abgeschlossener Berufsausbildung schaffen den Sprung aus dem Niedriglohnsektor mit seinen Hungerlöhnen weniger als je zuvor. Eine stärkere Hartz-Dosis, eine weitere Optimierung oder flächendeckende „One-Stop-Agencies“ für Langzeitarbeitslose oder massenhafte Ein-Euro-Jobs werden Hartz nicht retten können. Es gibt keine empirisch gesicherten Belege für einen starren Arbeitsmarkt (Logeay 2006). Das nehmen die deutschen Ökonomen mehrheitlich allerdings nicht zur Kenntnis.

Dass Hartz gescheitert ist, liegt nicht allein an der miserablen Hartz-Umsetzung oder den politischen Hürden gegen das rot-grüne Projekt. Die Medienkampagne des vermeintlichen Leistungsmissbrauchs von Kommunen und Hilfeempfängern untergräbt die gesellschaftliche Solidarität gegenüber allen Arbeitslosen. Die Drohkulisse gegen „Schmuddel-Arbeitslose“ (Westerwelle), für die es keinen Steuer-Euro geben soll, zielt obendrein gegen alle Beschäftigte, sich weiter zu bescheiden.

Die Arbeitsmarktpolitik entstammt marktliberalen Denkfabriken und lässt sich medial durch Lobbygruppen vermarkten, was zum Vorwurf führt, sie sei interessegeleitet und wissenschaftlich nicht fundiert. Sie lässt sich nur als marktradikaler Sinnesrausch beschreiben, welcher das Denken und Handeln der herrschenden politischen, ökonomischen und wirtschaftswissenschaftlichen Eliten ergriffen hat. Die Arbeitskostenthese wird überbewertet. Die Hartz-Initiative sitzt den drei Großmythen Globalisierung, Demografie und Lohnnebenkosten auf (Hengsbach 2004). Offenbar gibt es keinen Automatismus, dass höhere Gewinne mehr Investitionen und neue Jobs bringen. Angebotsorientierte Ökonomen zeigen sich indes unbeirrt. Die internationale Arbeitsmarktforschung vertraut indes dem Arbeitskosten-Argument nicht und wundert sich über die deutsche Ideologielastigkeit (Blanchard 2006). Der wichtigste Erfolg der Hartz-Reformen liegt in ihrem Scheitern bzw. dem ausgelösten Lernprozess, welcher den Weg für ein garantiertes Grund- bzw. Mindesteinkommen ebnen könnte.

## **Hartz minus 30 Prozent oder Hartz plus**

Die aktuellen arbeitsmarktpolitischen Vorschläge stimmen darin überein, dass Niedrigverdiener ein Einkommen nach dem Baukastenprinzip beziehen sollten, einer Kombination aus Erwerbsarbeit und staatlicher Hilfeleistung. Derzeit werden in Deutschland drei Richtungen diskutiert, wie sich Hartz IV weiter entwickeln ließe:

Erstens: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung erstellte eine Expertise, wonach Hartz IV nochmals zu verschärfen sei (SVR 2006). Dabei geht es um die Kürzung des Alg-II-Regelsatzes (345 €) um 30 v.H. (103,50 €) für diejenigen, die sich dem Arbeitsmarkt entziehen, und um eine Neuordnung der Hinzuverdienste. Um die Arbeitsbereitschaft zu testen, werden 700.000 öffentliche „Arbeitsgelegenheiten“ geschaffen: ein gigantisches und von jeglichen tariflichen Normen abgekoppeltes Beschäftigungsprogramm. Zu befürchten ist, dass dieser Plan Arbeitsverweigerer und Schwarzarbeiter nicht von ihrem Vorhaben abbringen wird, aber die große Mehrheit der Arbeitswilligen weiter demütigt. In diese Richtung geht der „vorsorgende Sozialstaat“ wie ihn die SPD nach der Bremer Erklärung mittlerweile verfolgt.



Zweitens: Der Deutsche Gewerkschaftsbund setzt sich für öffentlich geförderte Beschäftigung, einen „ehrlichen zweiten Arbeitsmarkt“ ein (200.000 ABM-Stellen für Langzeitarbeitslose). Dabei werden alle passiven und aktiven Leistungen zusammengefasst, um sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse auf unterster Tarifebene zu schaffen (Buntenbach 2006). Beim Modellversuch „Bürgerarbeit statt Hartz IV“ in Sachsen-Anhalt geht es ebenfalls um ABM, wobei Tarifbindung völlig fehlt. Im Unterschied zu Ein-Euro-Jobbern sind Bürgerarbeiter sozialversicherungspflichtig versichert und erhalten 825 € im Monat (620 bis 670 € netto) (von Borstel 2006). Damit ist Bürgerarbeit für den Staat sogar billiger als Hartz IV, denn eine Bedarfsgemeinschaft kostet durchschnittlich 834 €. Ein weiteres Kombilohn-Modell ist die Initiative 50plus für 100.000 ältere Langzeitarbeitslose, welches Lohn- und Sozialdumping nicht verhindert, denn nur 5 bis 10 Prozent der Förderfälle münden in dauerhafte Jobs. Zudem wäre der bürokratische Aufwand einer flächendeckenden Zwangsrekrutierung von Problemgruppen am Arbeitsmarkt erheblich. Gegen Prekarisierung helfen solche Laborversuche nicht (Juncker 2006). Mit einer Neuauflage früherer Beschäftigungsförderung ist überdies nicht zu rechnen.

Drittens: Das wichtigste Killerargument gegen das garantierte Mindesteinkommen ist, es sei nicht finanzierbar. Die „Stilllegungsprämie“ produziere ein heilloses Kuddelmuddel, von der Gutverdiener am meisten profitierten (Flassbeck 2006). Tatsächlich hängen Wirkungen und Finanzierbarkeit stark von der Ausgestaltung ab, die sich in der Regelsatzhöhe, dem Abschmelztarif staatlicher Hilfeleistung und danach unterscheiden, welchen Empfängerkreis es einschließt und welche Regressansprüche geltend gemacht werden können. Vorgerechnet wird, dass die Umverteilungsmaschine 600 bis 800 Milliarden Euro brutto umfasse. Die Nettorechnung sieht anders aus: Erstens entfallen Ausgaben für Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II. Zweitens entfielen der Grundfreibetrag bei der Einkommensteuer, d.h. ausnahmslos alle Einkommen würden herangezogen. Wer also gut verdient oder Miet- und Zins-einnahmen hat, bezahle (endlich) auch Steuern. Ein Rechenbeispiel findet sich bei Ministerpräsident Althaus, der mit seinem Vorschlag „Solidarisches Bürgergeld“ (Grundeinkommen 600 € plus 200 € für die Krankenversicherung = 8.000 €/Jahr) auf Vertrauen und Anreize, statt auf Repression und Misstrauen setzt. Erforderlich wären etwa 400 Mrd. €, ein Viertel des Volkseinkommens, welches einheitlich mit 25 v.H. zu belasten wäre, um ein Grundeinkommen zu finanzieren. Zusammen mit anderen staatlichen Leistungen (Bildung und Infrastruktur) ergäbe sich ein Steuersatz von 30 bis 35 Prozent, welcher aber erst für monatliche Einkommen von 1.200 € bis 1.600 € zu zahlen wäre, damit die Summe der Steuerlast höher als das Mindesteinkommen liegt. Um Armut zu verhindern, würden also Wohlhabende stärker belastet, weil Steuertricks entfielen. Für die breite Mitte der Bevölkerung wären die Belastungen gleich. Zwei Millionen Kleinstverdiener würden von der neuen gesellschaftlichen Solidarität profitieren (Opielka/Strengmann-Kuhn 2006).

Für *Hartz plus* gibt es einen Vier-Punkte-Plan (Gerhardt 2006). Zunächst geht es um Armutsfestigkeit mit individuellem Rechtsanspruch, um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Der deutsche Sozialverband (DPWV) hat höhere Alg-II-Regelsätze (415 €) gefordert. Nach meinen Berechnungen würde die Binnenkaufkraft um etwa 3 Mrd. € und damit die Beschäftigung stabilisiert. Eng damit verbunden sind die Rücknahme entwürdigender Sanktionsmechanismen wie die Zumutbarkeit von Arbeit, Sanktionen gegen Jugendliche und junge Erwachsene oder der rigide Vermögensrückgriff. Einkommens- und Vermögensanrechnung darf die Altersvorsorge nicht gefährden. Nicht Hartz gegen Arbeitslose, sondern eine Qualifizierungsoffensive sichern die Arbeitsproduktivität unseres Hochtechnologielandes.

Im zweiten Schritt geht es um bessere Hinzuverdienstregelungen. Wer sich als Hartz-IV-Aufstocker um Arbeit bemüht, aber zunächst nur eine geringfügige Arbeit findet, soll mehr vom Zusatzverdienst behalten dürfen. Ein solches System heißt negative Einkommensteuer, welches ihren Schrecken verlieren kann, wenn es als Einstiegsforderung für ein bedingungsloses Grundeinkommen verstanden und organisiert wird. Gleichzeitig ergeben sich neue Perspektiven, Erwerbstätigkeit und nicht oder nur teilweise marktvermittelte Tätigkeiten (etwa Familien- bzw. Eigen- und Gemeinwesenarbeit) anzunähern, um unfreiwillige Arbeitslosigkeit zu reduzieren.

Kleinjobs könnten für Firmen weiter günstig bleiben, wären aber von den Arbeitsbedingungen her attraktiver zu gestalten, damit sie angenommen werden. Flankierend dienen Mindestlöhne dazu, dass die Entgelte nicht ins Bodenlose fallen. Für Familien- und Gemeinwesenarbeit wäre durch ein Basiseinkommen mehr Zeit, weil der Zwang, geringfügige Jobs anzunehmen, sich verringerte. Insgesamt würden Regelungsaufwand und Umwandlungsanreize sinken, denn Mini- und Midijobs könnten entfallen.

Als dritter Weiterentwicklungsschritt sind Einzelinstrumente der Hartz-Reformen auf den Prüfstand zu stellen. Das sind etwa die Mini- und Midijobs, die für Schüler, Studenten und Hausfrauen neue Beschäftigungs- und Einkommensmöglichkeiten bieten. Heute gibt es bereits über 6,5 Mio. Kleinjobs, die organisatorisch leicht handhabbar sind, aber zugleich massenhaft reguläre Stellen ersetzen.

Da *Hartz plus* nicht kostenneutral zu realisieren sein wird, sind im vierten Schritt investierte Vermögenseinkommen steuerfrei zu stellen und anders verwendete Vermögenseinkommen massiv zu besteuern. Ein völliger Ersatz der Einkommen- und Vermögenssteuern durch hohe Ausgabensteuern wirft hingegen neue Fragen der politischen Durchsetzbarkeit und der sozialen Gerechtigkeit auf (Liebermann 2006; Werner 2006). Teile der Subventionsmilliarden für den Aufbau Ost müssen umgeleitet werden. Entlastungseffekte werden durch Umschichtungen, weniger Kontrollbürokratie und Selbstfinanzierungseffekte sowie zusätz-

liche Beschäftigung erreicht. Kommunen sind in die Lage zu versetzen, zu investieren. Damit sind weder der Staat aus seiner wirtschaftspolitischen Verantwortung, noch Firmen aus ihrer Lohnverantwortung entlassen.

Derzeit scheinen weder flächendeckende Kombilöhne, noch ein einheitlicher gesetzlicher Mindestlohn in angemessener Höhe durchsetzbar. Realistisch erscheinen zwei Modelle. Das eine wurde von Bofinger vorgestellt, beinhaltet eine Sockelbetrag und niedrige Mindestlöhne 4,30 € (Bofinger et al. 2006). Das andere wurde von Thüringens Ministerpräsident Althaus in die Diskussion gebracht. Beide gehen in die Richtung *Hartz plus*. Das *Plus* steht dafür, dem Niedriglohnsektor enge, sozial motivierte Grenzen zu setzen. Die Kompromissformel beinhaltet in beiden Fällen ein Gesamtkonzept aus negativer Einkommensteuer, den Stopp der Mini- und Midijobs und Mindestlöhnen, die jedoch höher sein müssten als von Bofinger vorgeschlagen, damit der Preisdruck auf Löhne nicht weiter zunimmt und Armut vermieden wird. Auch im liberal-konservativen Milieu ist ein garantiertes Mindesteinkommen umstritten. Obwohl beide Modelle aus unterschiedlichen politischen Lagern stammen, und der Arbeitsgesellschaft verhaftet sind, stellen beide Wege darauf ab, dass viele Menschen wegen der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit keine Chance haben, auf einen Arbeitsmarkt ohne Billigjobs zurückzukehren.

Unter den gegenwärtigen Machtverhältnissen würde ein garantiertes Mindesteinkommen nicht über das Alg-II-Niveau reichen. Möglicherweise wäre es sogar niedriger, aber es wäre sozialer, weil sich die Erwerbslosen nicht mehr mit einer riesigen Sozialbürokratie herumquälen müssten. Sie könnten auch ohne klassische Erwerbsarbeit ehrenamtlich, künstlerisch oder pflegerisch tätig sein, was bis heute nicht als Arbeit gilt. Die Firmen wären nicht mehr dem Druck ausgesetzt, existenzsichernde Arbeit anzubieten. Daher sind Mindestlöhne und Mindesteinkommen keine konkurrierenden politischen Strategien (BAG Grundeinkommen 2006).

## Strategieplan Mindestabsicherung

Ein expandierter Niedriglohnsektor droht, die Überflüssigen zu exkludieren, Leistungsrechte abzubauen, Arbeitsverpflichtungen zu verschärfen und ein gerechtes Sozialsystem nur noch als Gnade der Gesellschaft anzuerkennen. Die politische Bewertung der misslungenen größten Sozialreform der Bundesrepublik Deutschland fällt ernüchternd aus. Zehntausende gingen 2004 gegen die rot-grüne Arbeitsmarktreform protestierend auf die Straße. Davon ist kaum etwas übrig geblieben. Doch daraus zu schließen, dass Hartz IV inzwischen akzeptiert ist, wäre verfehlt. Die vorgezogenen Bundestagswahlen 2005 lassen sich als Scheitern der Arbeitsmarktreformen lesen. Die SPD verlor ihren Kanzler und

erlitt eine Reihe schwerer Wahlniederlagen in den Ländern. Die große Koalition wird es beschäftigungspolitisch nicht schaffen. Den Volksparteien entsteht durch das Dilemma Wirtschaftsliberalismus oder Zivilgesellschaft eine neue Parteikonkurrenz rechts und links von ihnen. Die Wohlfahrtsverbände haben gute Einwände gegen die Höhe und die Berechnungsmethoden vorgebracht. Der Kampf gegen das Arbeitslosengeld II beschäftigt nun die Gerichte. Änderungen im Detail sind nicht auszuschließen. Dass dabei eine grundlegende Kehrtwendung der Strukturreformen vollzogen wird, ist eher unwahrscheinlich. Auch die sukzessive Austrocknung des Staates durch Privatisierung oder Steuergeschenke schreitet voran. Die wirtschaftspolitischen Entscheidungen der Bundesregierung wird die Arbeitslosenquote wieder an die Rekordarbeitslosigkeit des Jahres 2005 heranführen.

Wie sind die Gewerkschaften aufgestellt, um einen neoliberalen Durchmarsch aufzuhalten? Die Rolle der Gewerkschaften ist ambivalent, denn sie wirkten beim Hartz-Konzept mit und beschwerten sich heute über zunehmende Armut. Rot-grüne Parlamentarier stimmten ebenfalls zu. Weite Teile der gewerkschaftlich orientierten Linken akzeptieren soziale Transfers nur als Gegenleistung für Arbeit oder zumindest Arbeitssuche. Gegen die politische Hegemonie ist mit Widerstand aus der Funktionärssebene der Gewerkschaften oder den Kirchen kaum zu rechnen. Weder verständlich noch akzeptabel ist die freimütige Unterstützung des Hartz-Konzeptes, eines neoliberalen Käfigs, welcher in den Labors der Bertelsmann-Stiftung, McKinsey und der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft entstanden ist. Die Mindestlohn-Forderung spiegelt die tarifpolitische Schwäche der Gewerkschaften. Niedrigtlöhne sollen staatlicherseits regional, branchenspezifisch oder örtlich aufgefächert werden. Dabei spielen Arbeitsbedingungen und Qualität der Erwerbsarbeit bei Mindestlöhnen keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Tarifverhandlungen erinnern an kollektive Bettelei.

Mit dem garantierten Mindesteinkommen wird ein Weg aus dem neoliberalen Käfig beschrieben. Freilich reicht es nicht, nur den derzeitigen Alg-II-Regelsatz zu erhöhen. Ein armutsfestes Mindesteinkommen macht zwar Mindestlöhne oberhalb von 4 oder 5 € durchsetzbar und Arbeitszeitverkürzung möglich, denn es hat generell einen Armut vermeidenden Charakter (Blaschke 2006). Diesen Zwiespalt spürt selbst Arbeitsminister Müntefering, der sich über die Schwächung der betrieblichen Verhandlungsmacht in der Folge anhaltend hoher Arbeitslosigkeit bewusst ist. Die Kombination aus Mindestlöhnen und Mindesteinkommen ist daher keine zusätzliche Verteilungsstrategie von unten nach oben, sondern eine wirksame Alternative gegen Sozial- und Lohndumping. Kleinjobs könnten für Firmen weiter günstig bleiben, wären aber von den Arbeitsbedingungen her attraktiver zu gestalten, damit sie angenommen werden. Flankierende Mindestlöhne helfen, dass die Entgelte nicht ins Bodenlose fallen. Vielmehr wurden Verteilungskämpfe stets von sozialen Bewegungen außerhalb

der Parlamente erkämpft und nicht, weil die Macht über die Produktionsmittel errungen wurde oder die Herrschenden besonders mildtätig wären (Hardt/Negri 2002).

Die soziale Abfederung des expandierenden Niedriglohnsektors anzunehmen, ist darüber hinaus eine wirtschafts- und sozialetische Frage. Zunehmende Spaltung der Gesellschaft darf nicht als notwendiges Übel zur Gewinnerzielung betrachtet werden. Es geht um die Solidarität der Mittelschichten mit Erwerbslosen und arbeitsmarktfernen Hilfebeziehern, mit Rationalisierungsverlierern, die ihre Affinität zur rechten Gewalt entdecken. Wenn Massenarmut zunimmt und Massenarbeitslosigkeit nicht abnimmt, dann leiden die gesellschaftliche Solidarität ebenso wie das ökonomische Entwicklungspotenzial und die internationale Wettbewerbsposition. Doch Bildung allein ist für gesellschaftliche Teilhabe kein Allheilmittel. Es gehört ein soziokulturelles Mindesteinkommen dazu.

Schließlich ist mit dem bedingungslosen Grundeinkommen die Dimension der Freiheit verbunden. Faulheit zu bestrafen, ist in der christlich-jüdischen Tradition tief verwurzelt. Mit Dekommodifikation (Befreiung vom Zwang der Existenzsicherung durch Erwerbsarbeit) wird ein selbst bestimmtes Leben ohne Arbeitszwang umschrieben. In dieser „Gnade“ liegt ein evolutionärer Gerechtigkeitsfortschritt, für den es eine notwendige Bedingung ist, nicht mehr zwischen Armen und Arbeitslosen zu trennen (Opielka 2003). Daher ist Arbeitsverpflichtung bei der sozialen Grundsicherung durch humane Anreize eines garantierten Grundeinkommens zu ersetzen (Opielka 2004b). Dabei spielt die Frage des politischen Menschenbildes eine tragende Rolle. Erstaunlich ist das Ergebnis einer Forschergruppe der Universität Frankfurt/M., die kürzlich feststellte, dass immer mehr Bürger statt für Vollbeschäftigung für die Garantie der materiellen Existenzsicherung eintreten (Ost 87 v.H., West 80 v.H.). Darüber hinaus sind selbst über lange Zeiträume hinweg gesehen nur 35 Prozent der Bevölkerung erwerbswirtschaftlich tätig (Beschäftigtenquote). Wenn Menschen nicht die Fähigkeit oder die Möglichkeiten dazu haben, ist zusätzliche Unterstützung denkbar. Menschen, die nur zur Faulheit bereit sind, sind durch kein staatliches Zwangssystem produktiv in die Gemeinschaft einzubinden.

Menschen wollen freiwillig tätig sein, weil sinnstiftende Tätigkeit fest verwurzelt ist. Menschen, die lange arbeitslos waren, erfahren so ein neues Selbstwertgefühl. Die Alternative zur Dienstverpflichtung für jene, die im ersten Arbeitsmarkt nicht integriert werden, heißt Grundeinkommen. Viele erkennen in einem garantierten Mindesteinkommen die Vision von einem selbst bestimmten Leben. Für Familien- und Gemeinwesenarbeit wäre durch ein Basiseinkommen mehr Zeit, weil der Zwang, geringfügige Jobs anzunehmen, sich verringerte. Freiwillige Tätigkeit wirft einen Ertrag ab, etwa wenn Senioren betreut, Feuerwehrfahrzeuge gewartet oder ehrenamtliche Vereinsarbeit geleistet wird. Aktive Arbeits-

marktpolitik und Mindesteinkommen bilden daher keine Gegensätze. Die Verhandlungsposition der Beschäftigten und der Erwerbslosen lässt sich nur durch ein garantiertes Mindesteinkommen verbessern. Wieso sollte das Kapital dazu bereit sein? Extraordinären Gewinne wird es nicht in alle Zukunft geben. Wie im Fußball müssen eigene Potenziale entwickelt werden, um längerfristige Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Daher ist eine gemeinsame Strategie unterschiedlicher politischer Lager vorstellbar.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Vollbeschäftigung auf absehbare Zeit weder aussichtsreich noch ökologisch wünschbar ist. Die neoliberale Arbeitsmarktreform verstärkt Armut trotz Erwerbsarbeit spürbar, Arbeitslosigkeit wird verfestigt, die demokratischen Institutionen geschwächt und die gesellschaftliche Solidarität der Mittelschichten gegenüber Ausgegrenzten perforiert. Damit soziale Mindeststandards erhalten werden, ist ein aus Steuern finanziertes erwerbsunabhängiges Grundeinkommen für alle unabdingbar. Positiv am Scheitern von Hartz IV ist, dass neuer Schwung in die Debatte um ein garantiertes Mindesteinkommen kommt.

## Anmerkungen

- 1 Dr. Klaus-Uwe Gerhardt, Jahrgang 1955, promovierte über die Arbeitsmarktgesetze (Hartz I–IV). Er arbeitet als Berufsschullehrer und ist freiberuflicher Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler. Er begleitete die Implementierung von Hartz IV bei einem Optionsträger als Mitglied des Kreistages Offenbach am Main.
- 2 Das „Wunder von Wolfsburg“ ist aus heutiger Sicht beschäftigungspolitisch fragwürdig und unterdessen auf wegen krimineller Machenschaft in Verruf geraten (Selenz 2006: 126–131).

## Literatur

- Althaus, Dieter (2006): Das Solidarische Bürgergeld. Sicherheit und Freiheit ermöglichen Marktwirtschaft; [www.d-althaus.de](http://www.d-althaus.de) (sowie das Faltblatt der Staatskanzler Thüringen)
- BAG Grundeinkommen (2006): Konzept der BAG Grundeinkommen in und bei der Linkspartei. PDS für ein Bedingungsloses Grundeinkommen (BGE) in Höhe der Armutsgrenze. Fassung v. 16.7.2006: [www.bag-grundeinkommen.de](http://www.bag-grundeinkommen.de)
- Blanchard, Oliver (2006): European Unemployment: The Evolution of Facts and Ideas. *Economic Policy*, A European Forum, No. 45, Centre for Economic Policy Research (CEPR), pp. 5–59
- Blaschke, Ronald (2006): Bedingungsloses Grundeinkommen (BGE), Mindestlohn, Arbeitszeitverkürzung, Dresden: <http://futureweekend.info/files/fw/blasch.pdf>
- Blos, Kerstin/Rudolph, Helmut (2005): Simulationsrechnung zum Arbeitslosengeld II. Verlierer, aber auch Gewinner, *IAB-Kurzbericht*, Heft 17, Nürnberg: IAB

- Bofinger, Peter/Dietz, Martin /Genders, Sascha /Walwei, Ulrich (2006): Vorrang für das reguläre Arbeitsverhältnis: Ein Konzept für Existenz sichernde Beschäftigung im Niedriglohnsektor. Gutachten für das Sächsische Ministerium für Wirtschaft und Arbeit: [http://www.sachsen.de/de/wu/smwa/download/gutachten\\_niedriglohnbereich.pdf](http://www.sachsen.de/de/wu/smwa/download/gutachten_niedriglohnbereich.pdf)
- Bündnis 90/Die Grünen (2006): Antrag „Hartz IV weiterentwickeln – Existenzsichernd, individuell, passgenau“. BT-Drucksache 16/1124 v. 4.4.2004, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Buntenbach, Annelie: Für einen ehrlichen zweiten Arbeitsmarkt: [http://www.dgb.de/homepage\\_kurztexte/texte/buntenbach/](http://www.dgb.de/homepage_kurztexte/texte/buntenbach/)
- Emmler, Manuel/Poreski, Thomas (2006): „Die Grüne Grundsicherung“. Ein Diskussionspapier für den Zukunftskongress von Bündnis 90/DIE GRÜNEN: <http://www.grundsicherung.org>
- Flassbeck, Heiner: Nur ein großes Kuddelmuddel. In: Die Tageszeitung, 15. Dez. 2006.
- Gerhardt, Klaus-Uwe (1985): Eigeninitiative und Sozialpolitik. Zur Diskussion um ein garantiertes Mindesteinkommen, *Widersprüche*, Heft 14/1985, S. 61–69.
- Gerhardt, Klaus-Uwe (2006): Hartz plus. Lohnsubventionen und Mindesteinkommen im Niedriglohnsektor, Wiesbaden
- Gerhardt, Klaus-Uwe /Weber, Arnd (1986): Garantiertes Mindesteinkommen. Für einen libertären Umgang mit der Krise, in: Schmid, Thomas (Hrsg.): Befreiung von falscher Arbeit. Thesen zum garantierten Mindesteinkommen, 2. erheblich veränderte Aufl., Berlin, S. 18–70.
- Gerhardt, Klaus-Uwe /Weber, Arnd (1987): Mindesteinkommen – konservativ oder libertär, in: Kreuder, Thomas/Loewy, Hanno (Hrsg.): Konservatismus in der Strukturkrise, Frankfurt/M., S. 462–483.
- Hardt, Michael/Negri, Antonio (2002): *Empire. Die Neue Weltordnung*, Frankfurt/M. und New York
- Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.) (2006): *Deutsche Zustände*, Band 4, Frankfurt/M.
- Hengsbach, Friedhelm (2004): *Reformspektakel. Warum der menschliche Faktor mehr Respekt verdient*, Freiburg
- Juncker, Jean-Claude: Wir brauchen in Europa ein Grundeinkommen für alle. In: FR, Nr. 270, 20. Nov. 2006, S. 9
- Kipping, Katja/Blaschke, Ronald (2005): „Und es geht doch um ...“ – das Gespenst des Grundeinkommens. *Sozialismus*, 32. Jg., 10, S. 13–18
- Liebermann, Sascha (2006): Freiheit ermöglichen, das Gemeinwesen stärker. In: Werner, Götz W. (Hrsg.): *Ein Grund für die Zukunft: das Grundeinkommen*. Stuttgart, S. 98–114.
- Logeay, Camille (2006): Die Nairu. Erklärung oder Reflex der Arbeitslosenquote? Die „natürliche Rate“-Hypothese und ihre Stichhaltigkeit für die Europäische Währungsunion, Marburg
- Opielka Michael: Grüne Abstinenz. Die Ideen der Partei zur Reformdebatte sind bisher blass geblieben. In: FR, Nr. 112, 15. Mai 2003, S. 7
- Opielka, Michael /Strengmann-Kuhn, Wolfgang (2006): *Das Solidarische Bürgergeld. Finanz- und sozialpolitische Analyse mit Empfehlungen zur Operationalisierung*. Beratung: Bruno Kaltenborn. Studie im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung. Stand: 15.10.2006. (Ms.).

- Roth, Rainer (2006): Zur Kritik des bedingungslosen Grundeinkommens. 2. Aufl. Frankfurt/M.
- Sachverständigenrat (2006): Das Arbeitslosengeld II reformieren: Ein zielgerichtetes Kombilohnmodell, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Wiesbaden
- Schulte, Jan (2004): Arbeitslosengeld II und Arbeitslosenhilfe: Gewinner und Verlierer. Eine Schätzung der Nettoeinkommenseffekte von Hartz IV, Diskussionsbeiträge, Heft 29, Berlin: Institut für öffentliche Finanzen und Sozialpolitik, Freie Universität Berlin
- Selenz, Hans-Joachim (2006): Schwarzbuch VW. Wie Manager, Politiker und Gewerkschaften den Konzern ausplündern, Frankfurt/M.
- Straubhaar, Thomas (2006): Grundeinkommen: Nachhaltigkeit für den Sozialstaat Deutschland. *Update. Wissensservice des HWWI*, 5, S. 1–3.
- Vobruba, Georg (2006): Entkopplung von Arbeit und Einkommen. Das Grundeinkommen in der Arbeitsgesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Borstel, Stefan: Erste Gemeinde schafft Hartz IV ab. In: *Die Welt*, 17. Dezember 2006 (Online-Artikel)
- Werner, Götz (2006): Ein Grund für die Zukunft: das Grundeinkommen, Stuttgart: Verlag freies Leben

*Dr. Klaus-Uwe Gerhardt, Sonnentauplatz 1, 63179 Obertshausen*

*E-Mail: ger.hardt@t-online.de*





## Neuer Antisemitismus?

*Klaus Holz: Die Gegenwart des Antisemitismus. Islamistische, demokratische und antizionistische Judenfeindschaft, Hamburg: Hamburger Edition, 2005. 113 Seiten, 12 Euro*

Die Frage eines „neuen Antisemitismus“ wird in der gegenwärtigen Antisemitismusforschung breit diskutiert. Im Zentrum der Auseinandersetzung steht der Nahostkonflikt und die damit verbundenen Zuschreibungen an und Bewertungen von Israel. Auf der einen Seite der Diskussion steht die Behauptung eines „neuen Antisemitismus“, der die „neue Qualität“ in einer neuen semantischen Radikalität gegenüber Israel und den Juden verortet. Auf der anderen Seite stehen die Kritiker des Begriffs, welche man zwei Lagern zuordnen kann: das eine, welches Immunsierungsstrategien gegen eine Kritik israelischer Regierungspolitik befürchtet, das andere, welches keine Veränderung der Struktur des Antisemitismus, sondern neue Trägergruppen und Allianzen zwischen verschiedenen Trägergruppen konstatiert. Klaus Holz kann letzterer Position zugeordnet werden.

In seiner Veröffentlichung „Die Gegenwart des Antisemitismus. Islamistische, demokratische und antizionistische Judenfeindschaft“ legt er diese Position mit einer Rekonstruktion der zeitgenössischen Formen des Antisemitismus dar. Ausgehend von der Frage, ob es sich bei der steigenden Anzahl antisemitischer Straftaten in Europa, um einen neuen Begründungszusammenhang, d.h. um eine neue Form des Antisemitismus handelt, werden Quellen aus verschiedenen Kontexten herangezogen, welche diese Frage letztlich verneinen.

Holz erste These ist, dass sich der gegenwärtige Antisemitismus zwar in einer zusätzlich neuen Tätergruppe manifestiert,

die wie folgt bestimmt wird: „junge, meist männliche Erwachsene muslimischer bzw. arabischer, nordafrikanischer oder türkischer Herkunft“ (S. 8), es sich bei deren Begründungsstruktur aber nicht um einen neuartigen Antisemitismus handelt. Jedoch bestehe zwischen ihrer Herkunft und ihrem Antisemitismus keine zwangsläufige oder monokausale Beziehung und es könne ihr nicht pauschal ein islamistischer oder arabischer Antisemitismus zugeschrieben werden (S. 9).

Holz zweite These ist, dass sich der Antisemitismus verschiedener politischer Spektren im „Gewand des Antizionismus“ (S. 11) präsentiert, womit es trotz ideologischer Unterschiede der Gruppierungen zu Überschneidungen in deren Antisemitismus komme. Dieser antisemitische Antizionismus, in welchem sich der islamistische, der rechtsradikale, der marxistische-leninistische, der globalisierungskritische und der demokratische Antisemitismus treffen würden, sei jedoch wiederum der Form nach kein neuartiger Antisemitismus – so Holz. Für alle Spektren gilt, dass die bestehenden semantischen Strukturen des Antisemitismus an die veränderte weltgeschichtliche Lage angepasst werden, wobei sich die grundlegenden Muster jedoch nicht verändern.

Exemplarische Nachweise seiner Thesen zeigt Holz an einigen zentralen Quellen auf. Für den islamistischen Kontext ist das die Charta der Hamas und die Schrift „Unser Kampf gegen das Judentum“ von Said Qutb. Für den demokratischen Kontext wählt er Martin Walsers Rede zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels und die sogenannte Hohmann-Rede. Für den antizionistischen Antisemitismus wiederum wird auf Quellen von Hitler, Slánský, Ayatollah Khamenei sowie auf einige Parteien und Strömungen, welche sich am Marxismus-Leninismus orientierten, verwiesen. Eine ausführliche Herausarbeitung der semantischen Strukturen

erfolgt anhand der Texte aus dem islamistischen Kontext, um die Frage zu beantworten, ob es sich dabei um einen „neuen Antisemitismus“ handelt.

Bleiben in vielen Beiträgen zur Antisemitismusforschung die Strukturen antisemitischer Semantiken systematisch unterbestimmt bzw. wird von einem völlig amorphen Begriff des Antisemitismus ausgegangen, behauptet Holz wiederkehrende Strukturen der antisemitischen Semantik in verschiedenen Kontexten rekonstruieren zu können. Dies hat er bereits in seiner Habilitationsschrift „Nationaler Antisemitismus“ (Holz, 2001) anhand von Quellen aus unterschiedlichen Kontexten über einen Zeitraum von hundert Jahren getan. Ohne vorschnelle Einbeziehung einer a priori-Erklärung des Antisemitismus (beispielsweise unter Einbeziehung psychologischer, psychoanalytischer oder gesellschaftstheoretischer Erklärungen) wurde eine Rekonstruktion antisemitischer Semantiken mit einer Sequenzanalyse geleistet. Erst in einem zweiten Schritt, geht es um eine Erklärung des Antisemitismus. Holz unterscheidet dabei begrifflich zwischen einer antisemitischen Semantik und einer antisemitischen Handlung. Das heißt nicht, dass die Semantik von der Handlung „abgetrennt“ wäre, denn: „Von antisemitischen Handlungen kann man nur sprechen, wenn entsprechende Begründungen, also Semantiken, vorliegen“ (S. 10).

Zu welcher Handlung eine antisemitische Semantik jedoch führt, kann nicht monokausal begründet werden. Was methodisch kontrolliert rekonstruiert werden kann, ist die antisemitische Semantik, d.h. sie kann als solche verstanden werden, ob ein Autor dies intendierte oder nicht. Diese Annahmen und die in seiner Habilitationsschrift rekonstruierten Muster antisemitischer Semantiken bilden die Grundlage für die vorliegende Schrift „Die Gegenwart des Antisemitismus. Islamistische, demokratische

und antizionistische Judenfeindschaft“. Um hier die Frage beantworten zu können, ob es sich beim derzeitigen Antisemitismus, um eine neue Form handelt, ist es notwendig einen Begriff des („alten“) Antisemitismus zu explizieren, um ihn von der behaupteten neuen Form differenzieren zu können.

Was ist also Antisemitismus? Um dies zu beantworten, nimmt Holz eine Definition vor, welche er bereits anhand empirischen Materials in besagter Habilitationsschrift und in einigen zentralen Aufsätzen zur Figur des Dritten entwickelt hat. Antisemitismus nach Holz heißt „eine spezifische Semantik, in der ein nationales, rassisches und/oder religiöse Selbstbild mit einem abwertenden Judenbild einhergeht“ (S. 10). Holz' Semantikbegriff nimmt Bezug auf Luhmann und die Begriffsgeschichte und bezeichnet damit einen „Typenschatz“, bekannte und vertraute Muster der Sinnkonstruktion (Frosch/Holz, 2005, 63). Aus den grundlegenden semantischen Mustern erklärt sich Holz die „hartnäckige Konstanz des Antisemitismus“ (S. 12). Mit Ihnen sei es möglich, die antisemitische Semantik in sich verändernden Kontexten zu reproduzieren, wobei es zu Variationen, nicht aber zur Transformation der Muster selbst käme (S. 12/13). Diese zentralen Muster entfaltet Holz in einem weiteren Kapitel exemplarisch am islamistischen Antisemitismus. Zusammengefasst handelt es sich dabei um die Konstruktion und Kontrastierung zweier Sozialmodelle: Gemeinschaft und Gesellschaft (I.): Die „jüdische Gesellschaft“ wird einer moralisch integrierten Gemeinschaft der Wir-Gruppe entgegengesetzt, welche von der „jüdischen Gesellschaft“ zersetzt würde. Die Wir-Gruppe kann dabei islamistisch, rassistisch oder nationalistisch konstruiert werden. Bedeutsam wird die Art der Wir-Gruppen-Konstruktion erst, um den Unterschied zwischen der nationalen und der islamistischen Va-

riante des Antisemitismus darzulegen. Konstant sei außerdem die antisemitische Figur des Dritten (II) und die verschwörungstheoretische Zuschreibung einer weltumspannenden Macht an „die Juden“ (III.). Die Unterscheidung zwischen Tätern und Opfern ist dabei Bestandteil eines jeden Antisemitismus und vor allem gemäß der genannten Merkmale des Antisemitismus (I–III) konstruiert. Um eine Anklage gegen „die Juden“ legitimieren zu können, werden ihnen Taten unter denen die „Wir-Gruppe“ zu leiden hätte, zur Last gelegt. „Die Anklage rechtfertigt den Antisemitismus als legitime und notwendige Gegenwehr, um ‚uns‘ aus der ‚Judenknechtschaft‘ zu befreien“ (S. 60).

Anhand des islamistischen Antisemitismus entwickelt Holz dieses Grundmuster antisemitischer Begründungen anhand empirischen Materials. Um die nationale von der islamistischen Variante des Antisemitismus zu unterscheiden, führt Holz ein viertes Merkmal antisemitischer Semantiken in Bezug auf den islamistischen Antisemitismus ein: die Verbindung einer religiösen und nationalen Semantik. Dies beginnt bei der Bestimmung der Wir-Gruppe und endet bei der von ihr abhängigen Konstruktion der jüdischen Fremdgruppe. Am Beispiel der Hamas wird gezeigt, dass sie versucht, drei verschiedene Gruppen zu bündeln: die palästinensische, die arabische und die islamische, wobei jede eine Rolle im gemeinsamen Kampf gegen den Zionismus zugewiesen werde.

Die palästinensische Nation wird in der islamistischen Ideologie zu einem integralen Bestandteil der Religion erklärt: „Irgend-einen Teil Palästinas aufzugeben, bedeutet, einem Teil der Religion abzuschwören; der Nationalismus der Hamas ist Teil ihres Glaubens“ (Charta der Hamas, Art.2, 4,13, zitiert nach Holz, 2005, 38). Im Gegensatz dazu wird Israel nicht als jüdischer Nationalstaat, sondern als Station auf dem Weg

zur jüdischen Weltherrschaft betrachtet. Hier wird die verschwörungstheoretische Argumentationsstrategie, welche „den Juden“ außerhalb der nationalen Ordnung der Welt als Dritten konstruiert, deutlich. Die von Holz als Camouflage bezeichnete Strategie der Hamas ist es, zwischen „jüdisch“ als religiöser und „zionistisch“ als politischer Bezeichnung zu unterscheiden, wobei der politische Feind: „die Zionisten“, mit antisemitischen Stereotypen belegt werden. Dies ist ein charakteristisches Merkmal des antizionistischen Antisemitismus. Damit bezieht Holz Position gegen eine nur religiöse Bestimmung des islamistischen Antisemitismus und betont die Vermischung von nationalen, religiösen und rassistischen Bestimmungen, wobei er jedoch auch dort (wie allgemein im modernen Antisemitismus) den Nationalismus und nicht den Rassismus oder religiösen Fundamentalismus als Leitideologie betrachtet (S. 52).

Die zentrale These dieses Unterkapitels ist die Behauptung, dass der Antisemitismus, welcher im arabischen und muslimischen Kontext beobachtbar ist, in seinen wesentlichen Aspekten ein Import aus Europa ist und der islamistischen Semantik angepasst wurde (S. 15). Dies begründet Holz mit der Bestimmung des Antisemitismus als „genuin moderne Weltanschauung mit antimoderner Stoßrichtung“ (S. 15), die sich primär nicht aus den religiösen Texten des Christentums oder Islams ableiten ließe. Der Antimodernismus des modernen Antisemitismus hat dabei die Funktion, eine nationalistische Ideologie durch die Konstruktion eines internationalen, universalistischen Feindes zu stabilisieren. Dies sei der Grund, warum, der europäische Antisemitismus im arabischen Kontext attraktiv wurde (S. 15ff.). Das bedeutet auch, dass die Bezüge welche antisemitische Islamisten zum Islam herstellen bzw. deren antisemitische Ableitungsversuche aus dem Koran

als politische Instrumentalisierungen zu gelten haben. Der Islamismus wird demzufolge nicht als traditionalistischer, sondern als moderne Ideologie mit antimoderner Semantik gedeutet. Dies hat u.a. auch Gerda Bohmann in einer historisch-genetischen Rekonstruktion gezeigt (vgl. Bohmann, 2003).

Als demokratischen Antisemitismus definiert Holz die Judenfeindschaft, die in der demokratischen Öffentlichkeit formuliert wird. Der Begriff ist demnach konträr zum islamistischen Antisemitismus konzipiert, da er im Gegensatz zum islamistisch begründeten nicht als demokratisch **begriündeter** Antisemitismus dargestellt wird. Mit dieser Definition positioniert sich Holz gegen einen Extremismusbegriff, welcher Antisemitismus nur im radikalen Spektrum lokalisiert und eine „weiße demokratische Mitte“ konstruiert und betont die fließenden Übergänge hinsichtlich der politischen Spektren als wesentliches Merkmal des gegenwärtigen Antisemitismus. Der demokratische Antisemitismus sei im Kern durch „Vergangenheitsbewältigung“ qua Täter-Opfer-Umkehr bestimmt, beschränke sich jedoch gegenwärtig nicht mehr darauf und tendiere seit 1990 dazu, antisemitische Vergangenheitsbewältigung mit weiteren Themen, wie Israel und einem ausgeprägten Nationalismus zu verbinden (57). Da die Täter-Opfer-Umkehr zentrales Merkmal (auch in Bezug auf Israel) bleibt, werden drei mit einander kombinierbare Typen der Täter-Opfer-Umkehr unterschieden:

Der erste thematisiert die Wir-Gruppe als Opfer (des Krieges, der Bombardierungen der Städte, Vertreibungen etc.) und eine aus dieser „Sühne“ legitimierte Abwehr von Schuld. Anlässe für den demokratischen Antisemitismus seien demnach all solche, in denen über den Nationalsozialismus und die Shoa öffentlich nachgedacht wurde. Die zweite Variante besteht nicht in ihrem Bezug auf das eigene Leid, sondern wirft

den Juden vor, in nicht gerechtfertigter Weise Nutzen aus der Shoah zu ziehen und damit einen angemessenen Schlussstrich unter die Vergangenheit zu verhindern. Solch einer Variante habe sich Martin Walser bedient. Der dritte Typus bezieht sich auf den Status der Opfer und besteht im demokratischen Antisemitismus darin, dass Juden damals und/oder heute als Täter bezeichnet werden. Dies erfolgt durch die Konstruktion einer besonderen Nähe zu den Nationalsozialisten, entweder in der Vergangenheit durch die Behauptung einer „jüdischen Kriegserklärung“ oder angeblicher Kollaborationen zwischen Juden und Nationalsozialisten sowie in der Gegenwart durch eine Darstellung jüdischer, insbesondere israelischer Taten als nazistische. Gemeinsam ist allen drei Typen, dass das Ausmaß der Schuld und der Tat für übertrieben bewertet gehalten wird. Natürlich werden diese Muster der Argumentation auch in anderen Spektren verwendet. Das ist mit der Behauptung fließender Übergänge gemeint.

Bevor Holz eine Charakterisierung der Form des antizionistischen Antisemitismus liefert, liegt es ihm daran, zu betonen, dass der „arabisch-israelische Konflikt“ (S. 79) zu einer Feindschaft gegen Israel geführt hat, die nicht immer antisemitisch sei, sondern insbesondere den Nationalismus auf beiden Seiten verstärkt hat. Die Kritik am Nationalismus sei Holz zufolge nicht auf den Antisemitismus zu reduzieren. Um zu prüfen, ob in einer Äußerung, einem Text, einer Schrift oder Rede Antisemitismus vorliegt, ist es notwendig, die Muster antisemitischer Semantiken zu rekonstruieren. Eine Unterscheidung zwischen einem antizionistischem Antisemitismus und einer Kritik israelischer Regierungspolitik ist problemlos zu beschreiben. Der antizionistische Antisemitismus dient Holz u.a. dazu, die Neuerung am europäischen und arabischen Antizionismus zu exemplifizieren.

Die Neuerung sei nicht semantischer Art, sondern im gesellschaftlichen Kontext zu sehen: Der Antisemitismus, welcher im Nahen Osten formuliert wird, sei einer, der nicht nur weltanschaulich motiviert sei, sondern zusätzlich von einem realen Konflikt um Existenzbedingungen begleitet wird und dabei als Deutungsmuster eingesetzt wird (S. 80f.). Dies legitimiert ihn natürlich keineswegs, macht aber bestimmte Dynamiken der Positionierung verständlich.

Die Muster des gegenwärtigen Antisemitismus selbst hätten sich nicht verändert, weshalb Holz – sich explizit gegen Pierre-André Taguieffs Behauptung eines neuen Antisemitismus wendend – schlussfolgert, dass sich im antizionistischen Antisemitismus verschiedene politische Lager treffen könnten – so unterschiedlich ihre sonstige politische Ideologie auch sei. Der antizionistische Antisemitismus sei jedoch schon in den 1960er und 1970er Jahren entstanden und deren Begründungsstrukturen nicht neu. Die Integration in die verschiedenen Ideologien geschehe im wesentlichen über eine antirassistische (Bezeichnung Israels als rassistischer Staat) oder antifaschistische Legitimation und über eine antizionistische Camouflage. Während der antisemitische Antizionismus lange Zeit Teil stalinistischer, antiimperialistischer oder islamistischer Kreise war, sei er seit einigen Jahren auch im demokratischen Spektrum mehrheitsfähig – so Holz. Mit der Beschreibung und Differenzierung der verschiedenen Typen wird es möglich – in einer Zeit, in welcher Antisemiten ihre Äußerungen nicht mehr selbst als antisemitische bezeichnen, die verschiedenen Formen des Antisemitismus anhand ihrer Semantiken in allen politischen Spektren zu erkennen und zu identifizieren. Ist diese Differenzierung geleistet – und erst dann – kann sinnvollerweise der Versuch einer Erklärung des Antisemitismus unternommen werden.

In einem abschließenden Kapitel bettet Holz seine Beschreibungen der verschiedenen Varianten des Antisemitismus in einen allgemeinen Zusammenhang der Konstruktion von Selbst- und Fremdbildern. Nach dem Zusammenbruch der Nachkriegsordnung, beschreibt er eine Neuformierung des Ost-West-Gegensatzes, dessen Sinn die Konstruktion von Identität und Alterität sei. Europa attestiert er dabei ein Bedürfnis sich „seiner Identität als westliche, zivilisierte Welt nach dem Verlust des ‚asiatisch bolschewistischen Barbaren‘ zu versichern“ (S. 101). Amerika versus Europa, Abendland versus Morgenland seien zwei Duale, welche im kalten Krieg zwar schon präsent, aber erst allmählich ins Zentrum rücken. Die Fremdenfeindlichkeit (insbesondere gegen Türken und Araber) konnte dabei in das globale Deutungsmuster Orient/Okzident integriert werden, was zur Ausbildung einer explizit muslimischen, zum Teil islamistischen Identität von Einwanderern beitrug. Der Antisemitismus hingegen erfüllt die Funktion, duale Deutungsmuster aufzuheben und eine dritte Position für „den Juden“ zu schaffen, welcher zum allumfassenden Feind und zur Bedrohung für das Dual erklärt wird. Der Jude wird in der antisemitischen Konstruktion sowohl als Feind des alten Europas als auch des Islams erklärt und könne problemlos mit dem Antiamerikanismus verknüpft werden, „so dass ein Gegenbild vom amerikanisch-jüdischen, imperialistischen, kulturzersetzenden Weltfeind entsteht, der in palästinensischen Flüchtlingslagern mit Panzern und in deutschen Städten mit Bratkloppen namens Hamburger unsere Kinder bedroht“ (S. 103). Das Dritte, als welches „der Jude“ im Antisemitismus konstruiert wird, macht nur Sinn solange „die duale Unterscheidung Sinn, Ordnung und Identität stiftet“ (S. 110). Die Konstruktion des Dritten im Antisemitismus hat demnach nur Bestand, solange die

Ordnung der Welt in einer binären Logik erfolgt, wobei die eine gegen die andere Opposition abgewertet wird und damit die jeweilige Wir-Gruppe stabilisiert wird. Daher muss laut Holz eine Bekämpfung des Antisemitismus (welcher auf einer zweifachen Unterscheidung beruht: Wir/Sie vs. „die Juden“) mit einer Bekämpfung der Feindschaft gegen Muslime (welche auf einer einfachen Unterscheidung, Wir vs. Sie, basiert) verbunden werden. Denn: „Ohne Dual ist das Dritte nicht in Sicht“ (S. 110). Eine Sensibilisierung gegen das Denken in klar umgrenzten binären Oppositionen ist damit angestoßen. Ob dies auch ein Plädoyer für anti-identitäres Denken ist?

## Literatur

- Holz, Klaus: Nationaler Antisemitismus. Wissenssoziologie einer Weltanschauung, Hamburg: Hamburger Edition, 2001
- Forsch, Alexandra/ Holz, Klaus: Die kulturelle Dimension der Integrationspolitik. Muslime und die britische race relations politics. In: Saalman, Gernot (Hg.): Religionen und Nationen. Fundamente und Konflikte. Münster: LIT Verlag, 2005
- Bohmann, Gerda: Radikaler Islamismus – beharrlicher Traditionalismus, oder Aufbruch in die Moderne? Eine historisch-genetische Provokation. In: Wenzel, Ulrich/ Bretzinger, Bettina/ Holz, Klaus: Subjekte und Gesellschaft. Zur Konstitution von Sozialität. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2003

*Claudia Globisch, M.A.,  
 Graduiertenkolleg „Kulturhermeneutik im  
 Zeichen von Differenz und Transdifferenz“,  
 Bismarckstr. 8, 91054 Erlangen  
 E-Mail: claudia.globisch@  
 soziol.phil.uni-erlangen.de*

## Null Bock auf Schule?

*Gentner, Cortina/Mertens, Martin  
 (Hg.) 2006: Null Bock auf Schule?  
 Schulmüdigkeit und Schul-  
 verweigerung aus Sicht der Wissen-  
 schaft und Praxis. Waxmann Verlag,  
 Münster u.a., 350 Seiten, 29,90 Euro*

Neu ist das Phänomen „Schulverweigerung“ in der Tat nicht. Und längst handelt es sich beim „Schulabsentismus“ in Deutschland nicht mehr nur um eine Ausnahmerecheinung. Wenn dabei auch die quantitative Dimension annähernd „ausmessbar“ erscheint – schon die begriffliche Bestimmung bereitet Probleme: So lassen sich zwar verschiedene Ebenen und Stationen eines dynamischen Prozesses von Schulabsentismus benennen, die sich in „Schulmüdigkeit“ und „Schwänzen“ bis hin zur „Schulverweigerung“ manifestieren. Doch derlei „Eti-kettierung“ ändert nichts an der Vielschichtigkeit des Phänomens (wer verweigert hier wem gegenüber was und warum?), das somit ganz unterschiedlich bewertet und auch uneinheitlich „gehandhabt“ wird. Vielleicht ist es auch diese Diversität, die es in der Praxis so schwierig macht, der Schulverweigerung „beizukommen“. Dieser Spannungslage von definitiver Unscharfe, theoretischen Handlungsprogrammen und der praktischen Umsetzung von wirksam-gelungenden Konzepten in der Praxis sieht sich die vorliegende Sammlung verpflichtet. Die sorgsam editierte Ausgabe wählt dabei ihren Platz bewusst inmitten dieser Elemente. Gezeigt werden die unterschiedlichen Erscheinungsformen, die vielschichtigen Gründe, die mannigfaltigen Motivationen und Einflussfaktoren für die schulverweigernden Verhaltens- und Handlungsstrategien von Kindern und Jugendlichen (aber auch von Lehrkräften). Anschaulich werden die theoretischen wie (fach-)praktischen Handlungsspielräume und



Strategien aus Sicht der unterschiedlichen Professionen illustriert. Der Sammelband zum Thema ist im Kontext der Abschluss-tagung des Modellprojekts „Auf Kurs“ an der Kasseler Produktionsschule BuntStift entstanden. Er enthält Fachbeiträge aus den Arbeitsbereichen Sonderpädagogik, Psychologie, Psychotherapie, Sozialpädagogik sowie Soziologie und nähert sich dem Thema in drei Schritten: Aus Sicht der Wissenschaft, aus der Perspektive der Produktionsschule als alternatives Bildungsangebot für die Zielgruppe und aus dem Erfahrungshorizont der schulischen und außerschulischen Praxis. Das ist der interessante und gewinnende Ansatz, der diese Sammlung so wertvoll und bedeutsam macht. Die Konzeption, Beiträge der genannten Arbeitsbereiche aus fachpraktischer wie -theoretischer Sicht zu versammeln, ist in der vorliegenden Zusammenstellung zum Thema multidisziplinär konstitutiv und findet so gelingend ihren Ort an der entscheidenden Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis.

Einige dieser Beiträge werden im Folgenden näher vorgestellt, um die Konzeption sowie die fachlich-inhaltliche Vielfalt der Sammlung deutlich zu machen.

Der Band wird in seinem methodisch-konzeptionellen Dreischritt im ersten Kapitel mit einem Beitrag von Hermann Rademacker eröffnet. Unter der Überschrift „Verweigerung oder Ausgrenzung? Schulversäumnisse, öffentliche Schule und das Recht auf Bildung für alle“ setzt er sich zunächst kritisch mit dem Begriff der „Schulverweigerung“ auseinander und warnt vor einer undifferenzierten, unreflektierten und etikettierenden Bezeichnung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Er bemängelt die uneinheitliche Datenlage und gibt einen Überblick über die höchst unterschiedlichen Reaktionen auf Schulversäumnisse in den einzelnen Bundesländern, die insgesamt die uneinheitliche bildungspolitische und bildungsadministrative Hand-

lungsstrategie in Deutschland aufzeigen. Thomas von Freyberg und Angelika Wolff nehmen in ihrem Beitrag das „institutionelle Versagen“ in den Blick. Sie stellen Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes des Instituts für Sozialforschung an der Universität Frankfurt/Main und des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Frankfurt/Main vor. Anhand von exemplarischen Konfliktgeschichten nicht beschulbarer Jugendlicher identifizierte das Forscherteam gravierende Defizitbereiche im Beziehungs- und Kooperationsgeflecht Jugendliche-Schule-Jugendhilfe.

Bemerkenswert dann diese Öffnung des Themas, die durch einen Wechsel der Blickrichtung möglich wird: Nicole Kastirke und Sven Jennessen zeigen ebenso heilsam wie ernüchternd, dass Schuldistanzierung und Schulverweigerung nicht nur auf Seiten der Schülerinnen und Schülerinnen zu verzeichnen sind. Die vergleichenden Gegenüberstellung von Schuldistanziertheit bei Schülerinnen und Schülern sowie bei Lehrerinnen und Lehrern ergibt verblüffende Parallelen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Es zeigt sich, dass hier wie dort vergleichbare Verweigerungsstrategien wirken. Im zweiten Kapitel stellt u.a. das Herausgeberteam ganz konkret das Konzept der Produktionsschule als alternatives Bildungsangebot für schulmüde und schulverweigernde Jugendliche vor. In der Umsetzung an der praktisch-handwerklich Tätigkeit orientiert, findet das Lernen in Produktionsschulen nicht theoretisch-abstrakt, sondern idealerweise immer am praktischen Problem orientiert in der ganz arbeitsalltäglichen und betrieblichen Realität statt. Der Lernort wird hier gleichermaßen zum Lernkonzept und vice versa. Cortina Gentner beschreibt das Schulverweigerer-Projekt „Auf Kurs“ an der Kasseler Produktionsschule und diskutiert Chancen und Grenzen der betrieblichen und pro-



duktionsorientierten Formen und Methoden einer Produktionsschule. Aus den Erfahrungen und Ergebnissen des von ihr wissenschaftlich begleiteten Projekts resümiert sie, dass die am Projekt Teilnehmenden tatsächlich „Auf Kurs“ gehen konnten: Produktionsschulen sind Erfolg versprechende und damit geeignete Lernorte – sie stellen adäquate Lernalternativen für Jugendliche dar, die mit der traditionellen Regelschule „nicht zurechtkommen“ und sich ihr verweigern. Zugleich mahnt sie präventive Interventionsmaßnahmen im Schulalltag an, die bereits in frühen Schulbesuchsjahren ansetzen. Angesichts frühzeitig verfestigter Handlungs- und Vermeidungsstrategien können auch mit dem Produktionsschulenkonzzept nicht (mehr) alle schulverweigernden Jugendlichen erreicht werden.

Im dritten, die Sammlung beschließenden Kapitel richtet sich der Blick auf Praxisbeispiele und Konzepte für die Arbeit mit schulmüden und schulverweigernden Kindern und Jugendlichen. Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Professionen berichten mit ihrem reichen Wissens- und Erfahrungsfundus aus der schulischen und außerschulischen Praxis – überwiegend, aber nicht ausschließlich in Hessen. So hat eine Projektgruppe des Staatlichen Schulamtes der Stadt Frankfurt am Main unter Beteiligung der Schulen, des Jugend- und des Sozialamtes sowie der Polizei eine „Handreichung zur Prävention von Schulverweigerung“ entwickelt. Die Schulpsychologin Cordelia Fertsch-Röver-Berger präsentiert die wichtigsten Empfehlungen und Forderungen dieser Praxishilfe, die aus den Befragungsergebnissen zum Umfang von Schulversäumnissen an Frankfurter Schulen entwickelt wurde. Marianne Heiser stellt das – noch bis Ende des Jahres 2006 – laufende Modellprojekt „Schulvermeider im Lahn-Dill-Kreis“ mit seinen verschiedenen Maßnahmen und Teilprojekten vor. In der Projektgruppe sind die Polizei,

das zuständige Staatliche Schulamt sowie die örtliche Jugendhilfe, der schulärztliche Dienst des Gesundheitsamtes und insgesamt acht Schulen unterschiedlicher Schulformen beteiligt. Die nicht immer einfache Kooperation von Schule und Jugendhilfe schildert Ute Steinmetz-Brand und fordert – gerade mit Blick auf die präventive und intervenierende Arbeit mit schulmüden und schulverweigernden Kindern und Jugendlichen – „Synergie at Cooperation“. Als Umsetzungsbeispiel für die Kooperation von Schule und Jugendhilfe berichtet Jürgen Ruopp über die Erfahrungen aus dem Praxisforschungsprojekt „Coole Schule: Lust statt Frust am Lernen“ am Projektstandort Freiburg im Breisgau. Produktionsorientierte Angebote wie „Schülerfirmen“, „Produktionsschule“ und „Werk-statt-Schule“ sind geeignete Alternativen für Schülerinnen und Schüler, die mit der traditionellen Regelschule nicht zurechtkommen und sich ihr verweigern. „Schülerfirmen als Möglichkeit des Lernens und Arbeitens an der Schule“ werden von Ulrike Henze und Roland Geier vorgestellt. Schülerfirmen, deren Idee aus dem angelsächsischen Raum stammt, sind Schulprojekte mit pädagogischen Zielsetzungen. Im Kern geht es um ganzheitliches, praxisnahes Lernen und um die Förderung von Schlüsselkompetenzen, die für den erfolgreichen Übergang von Schule in Ausbildung und Beruf von zentraler Bedeutung sind. Wie Produktionsschulen auch, sind Jugendwerkstätten und Werk-statt-Schulen Einrichtungen u.a. der arbeitsorientierten und (vor-)beruflichen Bildung, in denen Arbeiten und Lernen kombiniert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwerben – auf unterschiedlichem Niveau – berufliche Qualifikation sowie personelle und soziale Kompetenzen (Stabilisierung und Entwicklung der Persönlichkeit, Teamfähigkeit, Schlüsselqualifikationen) mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Integration. Rolf Da-

niel stellt die „Marburger Produktionsschule – ein Praxisangebot für Schulverweigerer“ vor; die „Werk-statt-Schule“ Hannover als alternatives Bildungsangebot“ wird von Bernd Reschke präsentiert.

Mit der sorgfältigen Bearbeitung und Auswahl der Beiträge hebt sich der Sammelband „Null Bock auf Schule?“ wohltuend von der – all zu – oft im „Sammelband-Unwesen“ verbreiteten Beliebigkeit ab, mit der Einzelbeiträge an – zu – vielen Stellen ungeordnet und damit zu wenig nutzbar, weil zu wenig nutzbringend, angehäuft werden. Der positive Gesamteindruck wird durch das solide Gesamtlayout unterstrichen, welches in der Medienabteilung von BuntStift gemeinsam mit den dort tätigen Auszubildenden erstellt wurde.

Die Herausgeber legen ein für Theoretiker wie Praktiker gleichermaßen wichtiges, weil be-nutzbares Werk vor, das damit im besten Sinne praktisch angewandter Wissenschaft entspricht. Auch für Interessierte ist der Band eine gute Empfehlung. Bietet er doch in seiner Konzeption mit den versammelten Beiträgen einen guten Einblick und damit eine gelingende Einstiegsmöglichkeit ins Thema.

*Jörg Meier (M.A.)*

*Gesundheitswissenschaften und Sozialpolitik*

*HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst*

*Fachhochschule Hildesheim/  
Holzminden/Göttingen*

*Goschentor 1*

*31134 Hildesheim*

*E-Mail: joerg.meier@hawk-hhg.de*

David G. Gil

### **Gegen Ungerechtigkeit und Unterdrückung Konzepte und Strategien für Sozialarbeiter**

*Impulse* Werkstatt Fachhochschule, Band 15  
2006, ISBN 978-3-89370-410-1, 198 Seiten  
€ 20,40 / SFr 35,90

Wie können Ungerechtigkeit und Unterdrückung verhindert und überwunden werden? Was bedeuten diese Begriffe, woher kommen die damit verbundenen inhumanen Bedingungen und welche Dynamiken entfalten sie? David G. Gil setzt sich mit diesen Fragen auf Basis seiner langjährigen Erfahrung in sozialen Bewegungen der USA sowie seiner Praxis und Lehre in der Sozialen Arbeit und Sozialpolitik auseinander! Er beruft sich in seiner Analyse und seinen Thesen auf die zentralen Werte kritischer Sozialarbeit und bringt sie im wahrsten Sinne des Wortes zum Klingen: Gleichheit, Freiheit, Kooperation, Gemeinschaft und das Streben nach individueller wie sozialer Weiterentwicklung.

Die zentrale Perspektive des Buches liegt dabei auf den Konsequenzen seiner Analyse für die Praxis und Ausbildung der Sozialen Arbeit. Gils explizit politischer Anspruch zeigt sich beispielsweise in seiner These, dass kritische Professionelle ihren politischen Standpunkt offen vertreten müssen. Das bedeutet für die Verwirklichung der Menschenrechte einzutreten, kritisches Bewusstsein zu befördern und zu bilden sowie aktiv in und für soziale Bewegungen tätig zu sein.

Die Stärke des Gilschen Ansatzes, Analyse und Handlungsoptionen miteinander zu verschränken, führt zu einem fast programmatischen Charakter seines Buches, der schon durch den Titel – „Gegen Ungerechtigkeit und Unterdrückung“ – betont wird.

**Kleine Verlag**  
Kleine Verlag

# DAS ARGUMENT

ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND  
SOZIALWISSENSCHAFTEN

## 269 Dialektik des Antikapitalismus

**W.F.Haug** Zur Dialektik des Antikapitalismus

**W.-D. Narr** Dialektik der Antikapitalismen

**E.Lienen** Radikale Transformation als (Ver-)Lernprozess

**Ch.Kaindl** Antikapitalismus von rechts

**D.Bensaïd** Utopisches Moment und strategische Neugründung

**F.Fernández Buey** Der Sozialismus des 21. Jahrhunderts und wir  
Europäer

**D.Harvey** Enteignung gehört zum Wesen des Kapitalismus

**außerdem:** G.Schoenberner, Chr.Lehmann, L.Peter u.a.m.

## 268 Großer Widerspruch China

**Politische Ökonomie, Sozialstruktur und Recht**

W.F.Haug, O.Negt, St.Schmalz, H.Cho, B.Lüthje, G.C.Delgado,  
R.Geffken, H.Peters

**Arbeits- und Umweltkämpfe**

A.Chan, R.Munro, M.Zhang, J.Harris, M.Li, D.J.Wen

**Geschlechterverhältnisse**

T.-H.Hong, B.Gransow, X.Weï, Ch.Wichterich, N.Spakowski

**Ideologie und Politik**

Th.Heberer, A.Senz, Th.Hock, Ch.Tian, D.Salomon, U.Eifler, Y.Weï

**Kultur, Kunst und Lebensweise**

W.Cao, H.Liu, E.Müller, X.Zhang, F.Flörsheimer, W.Haible u.a.m.

Das Argument im Abonnement: sechs Hefte im Jahr für  
52,50 Euro (Studierende, Arbeitslose ermäßigt 39 Euro)

Argument Versand, Reichenbergerstr. 150, 10999 Berlin

T: 030 611 3983, F: 030 611 4270, versand@argument.de, www.argument.de

# PROKLA 146

Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft

## „Bevölkerung“ – Kritik der Demographie

### PROKLA-Redaktion

Editorial

#### Elmar Altvater

Der kurze Sommer des akademischen Marxismus

#### Ulrike Baureithel

Baby Bataillone

#### Andreas Ebert, Ernst Kistler

Demographie und Demagogie

#### Heike Kahlert

Demographische Frage, „Qualität“ der Bevölkerung  
und pronatalistische Politik

#### Eva Barlösius, Claudia Neu

„Gleichwertigkeit – Ade?“ Die Demographisierung  
und Peripherisierung entlegener ländlicher Räume

#### Silke van Dyk

Kompetent, aktiv, produktiv?

Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft

#### Udo Kelle

„Kundenorientierung“ in der Altenpflege?

---

#### Trevor Evans

Das Ende der Immobilienblase in den USA

#### Guglielmo Carchedi

Die Ost-Erweiterung der EU



Zeitnah,  
und doch gegen den  
flüchtigen Zeitgeist  
gerichtet, begleitet die  
PROKLA nicht nur  
gesellschaftliches  
Geschehen, sondern greift  
mit kritischen Analysen  
auch politisch in diese  
ein.

Die **PROKLA 146**  
nimmt die Renaissance  
der Thematik  
„Demographie“ zum  
Anlass für eine kritische  
Analyse der damit  
veranstalteten  
„reformpolitischen“  
Mobilmachung.

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

2007 - 151 S. - € 12,00  
ISBN 978-3-89691-346-3

# express

Zeitung für sozialistische  
Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit



Nr. 2/2007

## ■ Specials

Morus Markard: »Elitenbildung«. Die Elite lebt vom Glauben an ihre Unterscheidung von der Masse, durch sonst gar nichts. Und sie betreibt unzulässige Gleichmacherei, vertritt aber einen strikten Anti-Egalitarismus. Zur Umdefinition von Gleichheit und Gerechtigkeit in Gesellschafts- und Hochschulpolitik

»Freie Gesellschaft statt autonome Elite«. Ein seltener Fall realer Kooperationsbemühung gegen die reelle Subsumtion der Bildung. GEW, ver.di und Studierende kritisieren Modell Stiftungsuniversität und sog. Hochschulautonomie

Thomas Gehrig: »Christian Klar und das Glühbirnenverbot«. Zu heftig diskutierten Themen ist Stellung zu nehmen. Dies waren in letzter Zeit vor allem zwei: die fehlende Reue der Terroristen und der fehlende Saft für Leuchtmittel

## ■ Was sonst

»Erpressbarkeit bekämpfen statt ausleben«. Mag Wompel zur Debatte um Hungerstreiks gegen Hartz IV

»Extremes Mittel, pragmatische Forderung?« Aufruf von Peter Grottian u.a. zur Debatte und Begründung des Hungerstreiks

»Kein Hungern gegen Hunger«. Stellungnahme von Tacheles zu Hungerstreik und Alternativen dazu

Martin Jander: »Keine Kultur in der Krise«. Zur Kündigung der DGB-Mitarbeiterin Esther Dischereit

»unsozial und kulturlos«. ver.di-Protest gegen (Auf-)Kündigung von Kulturarbeit(erin)

Helga Fritz: »Unterschriftenverweigerung«. Ausgliederung, Verkauf, Tarifflicht: Neckermann-Beschäftigte kämpfen gegen Armutslöhne

Ulf Wittkowski: »Neue (A)ERA für ›Gute Arbeit‹?« Kleine Zwischenbilanz zur Jahrhundertreform

G-Linke: »Politische Streiks? Übungssache!« Zweite Mobilisierungsphase gegen Rente mit 67 hat fast nicht stattgefunden

»Kein Höhenflug«. Gaston Kirsche und Thomas Seedüvel im Gespräch über Airbus, Erdbeereis und Kohlefasern

Durchblick: »Mensch im Mittelpunkt?« Angespannte Stimmung im Knappschafts-Krankenhaus Sulzbach

Willi Hajek: »Terror der Ökonomie«. Über tödliche Arbeitsbedingungen bei Renault

David Bacon: »Arbeiter, nicht Gäste«. Zur gewerkschaftlichen Auseinandersetzung um »Gastarbeiter«-Programme in den USA

**Redaktion express**  
Niddastraße 64  
60329 Frankfurt

**Tel. (069) 67 99 84**  
**Email: [express-afp@online.de](mailto:express-afp@online.de)**  
**[www.labournet.de/express](http://www.labournet.de/express)**

## **Migration, Integration und Menschenrechte**

Migrantinnen, Ausländerrecht und Zwangsmassnahmen; Sans-Papiers; Menschenhandel; Solidarische Asyl- und Migrationspolitik; Integration, Partizipation und Gleichberechtigung; Kulturalisierung; Gewerkschaften und Migration; Second@s in der Schweiz

M. Spescha, S. Pittà, Y. Riaño / N. Baghdadi,  
B. Schwager, A. Lanz, H. Busch / B. Glättli,  
S. Jegher, G. D'Amato / R. Fibbi, S. Prodolliet,  
M. Terkessidis, A. Sancar, A. Gamboa / T. Leite,  
V. Alleva, A. Juhasz

## **Globalisierung und Arbeitsmigration**

Ch. Butterwegge: Weltmarktdynamik und Migration  
Ch. Marischka / T. Pflüger: EU-Grenzregime  
S. Brodal: Sklavenarbeit in der Landwirtschaft  
M.R. Krätke: Globalisierung und Nationalstaat

**232 Seiten, € 16.– (Abonnement € 27.–)**

**zu beziehen im Buchhandel oder bei**

**WIDERSPRUCH, Postfach, CH - 8031 Zürich**

**Tel./Fax 0041 44 273 03 02**

**vertrieb@widerspruch.ch**

**www.widerspruch.ch**

# neue. praxis

Zeitschrift für

Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik

Verlag neue praxis GmbH  
Lahneckstraße 10  
56112 Lahnstein  
Tel.: 02621-187159  
Fax: 02621-187176  
E-Mail :info@verlag-neue-praxis.de  
www.verlag-neue-praxis.de

37. Jahrgang 2007/Heft 1

## BEITRÄGE

*Mark Schrödter*

Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession. Zur Gewährleistung von Verwirklichungschancen

*Georg Cleppien*

Bildung, Zeit und Pädagogik

*Philipp Sandermann/Ulrike Urban*

Zur ›Paradoxie‹ der sozialpädagogischen Diskussion um Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe

*Birgit Griese/Hedwig Rosa Griesehop*

Fallrekonstruktion und Praxisrelevanz

*Friedhelm G. Vahsen*

Empirie und Theorie in der Sozialen Arbeit – Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Theorieentwicklung und Praxis. Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit am 17. und 18. November 2006

*Georg Singe*

Hilfe, wenn die Eltern überfordert sind. Das Projekt »Kinder brauchen eine Familie« als systemisches Modell niedrigschwelliger Arbeit

*Silvia Staub-Bernasconi*

Weltkonferenz München 2006 der Internationalen Federation of Social Workers – IFSW zum 50jährigen Jubiläum

## BERICHTE

*Benedikt Sturzenhecker*

Jugendarbeit ausbauen, statt an Ganztagschule verlegen! Argumente gegen Christian Pfeiffers erneuten Vorstoß zur Auflösung Offener Kinder- und Jugendarbeit

## NEUE PRAXIS AKTUELL

KOMMENTAR: Die Jahrhundertchance – ein Zeitfenster zur Selbstbestimmung und Neuordnung von Studium und Professionalität in der Sozialen Arbeit  
(*Hans-Uwe Otto*)

Die neue praxis informiert als führende Fachzeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland über Erkenntnisse und Entwicklungen in den Sozial-, Erziehungs- und Therapiewissenschaften. Die Zeitschrift veröffentlicht wissenschaftliche Beiträge und Praxisberichte aus dem gesamten Spektrum der Sozialen Arbeit. In Essays und Diskussionen entwickeln Fachleute Neuansätze zu Problemen aus dem Bereich der professionellen Praxis. In einem komprimierten Überblick werden Berichte über Forschungsprojekte, Modelle einer innovativen Praxis sowie wichtige Informationen zur Fort- und Weiterbildung gegeben.

Herausgegeben von Hans Thiersch und Hans-Uwe Otto, ca. 100 Seiten

Erscheinungsweise: 6-mal jährlich, ISSN 0342-9857, Jahresabonnement: € 75,00

Jahresabonnement für Studierende: € 60,00, Einzelheft € 16,00 jeweils zzgl. Versandkosten



»Der *Mittelweg 36* ist in der kritischen Gesellschaftswissenschaft mittlerweile zu einer Institution geworden.«

*Süddeutsche Zeitung*



Bestellen Sie unser Probeabonnement (3 Ausgaben in Folge) für nur € 20,- inkl. Versand (ohne automatische Verlängerung):

Redaktion Mittelweg 36, Hamburger Institut für Sozialforschung, Mittelweg 36, 20148 Hamburg, Tel. 040/414097-0, E-Mail: zeitschrift@mittelweg36.de  
[www.mittelweg36.de](http://www.mittelweg36.de)





Sigrid Michel, Sylvia Löffler (Hrsg.)

**Mehr als ein Gendermodul  
Qualitative Aspekte  
des Qualitätsmerkmals Gender  
im Bologna-Prozess**

2006, ISBN 3-89370-411-6  
(ISBN-13: 978-3-89370-411-8)  
180 Seiten, € 19,60 / SFr 34,50

Den Genderaspekt in den Bologna-Prozess zu integrieren, war zwar ein großer Fortschritt, das Anliegen allerdings so allgemein formuliert, dass es der weiteren Präzisierung bedarf. Dass es nicht ausreicht, Studiengänge um ein Gendermodul zu ergänzen und die Aufhebung von Geschlechterungleichheiten in den Studiengängen nur durch tief greifende und weitreichende Reformen an Hochschulen erreicht werden kann, wurde auf der Fachtagung »Mehr als ein Gendermodul«, im Dezember 2004, an der Fachhochschule Dortmund, deutlich. Die dort erarbeiteten Handlungsanleitungen zu den qualitativen Aspekten des Qualitätsmerkmals Gender im Bologna-Prozess werden nun durch theoretische Annäherungen von Wissenschaftlerinnen an das Thema vertieft und durch Artikel ergänzt, in denen Gleichstellungsbeauftragte und Genderexpertinnen an Hochschulen ihre aus der Praxis heraus entwickelten Konzepte vorstellen sowie Anregungen für die Umsetzung des Genderaspektes in die Studienreform vor Ort bieten.

Mit einbezogen werden Aspekte, die bisher im Rahmen des Bologna-Prozesses keine Beachtung gefunden haben, wie die Erkenntnisse der Internationalen Frauenuniversität oder die physische und psychische Gesundheit von Studierenden unter Berücksichtigung des Genderaspektes und die Umsetzung im Bologna-Prozess.

Die genderrelevante Qualität der Studienstrukturen und –inhalte ist in hohem Maße auch abhängig davon, ob bei Entscheidungen der Politik auf der europäischen Ebene die demokratietheoretischen Konzepte »Good Governance« und Gender Mainstreaming zum Einsatz kommen. Diesen Sachverhalt reflektierend geht das Buch auf neue Formen des modernen Lobbying und die politikwissenschaftliche Analyse von Gender in Governance-Strukturen ein.

Mit Beiträgen von: *Sigrid Michel • Sigrid Metz-Göckel • Barbara Stambolis und Sabine Hering • Aylä Neusel • Barbara Schwarze • Margret Bülow-Schramm • Marion Kamphans und Nicole Auferkorte-Michaelis • Regina Milatović, Anna Müller und Christine Weiß • Sylvia Neuhäuser-Metternich • Anke Burkhardt • Sylvia Löffler*



Tanja Carstensen

**Die interpretative Herstellung  
des Internet**  
Eine empirische Analyse  
technikbezogener Deutungsmuster  
am Beispiel gewerkschaftlicher  
Diskurse

2007, ISBN 978-3-89370-425-5  
352 Seiten, € 32,40 / SFr 56,30

Das Internet ist nicht nur eine neue Technik, die Möglichkeiten der Information und Kommunikation verändert; es ist auch ein umkämpftes Thema in diskursiven Auseinandersetzungen. Das Buch zeigt, wie politische Kontroversen am Internet ausgehandelt werden und wie das Internet dabei überhaupt erst interpretativ »hergestellt« wird.

Ausgehend von interpretativen Ansätzen der Techniksoziologie, der Diskurs- und der Sozialen Bewegungsforschung entwickelt die Autorin zunächst ein theoretisches Konzept, das Technik als Gegenstand politischer Bedeutungskämpfe versteht. Unter der Annahme, dass politische AkteurInnen in Diskursen über das Internet nicht nur Potenziale der neuen Technik diskutieren, sondern auch Selbstbilder und Gegenwartsdiagnosen anbieten, um darüber Deutungsmacht zu generieren und UnterstützerInnen zu mobilisieren, wird anschließend auf der Grundlage einer Inhaltsanalyse gewerkschaftlicher Zeitschriftenpublikationen gezeigt, dass bereits innerhalb des gewerkschaftlichen Diskurses konkurrierende Deutungsmuster für das Internet entworfen werden.

Im Buch wird untersucht, wie die unterschiedlichen gewerkschaftlichen Thematisierungsweisen des Internet den Gewerkschaften dazu dienen, Deutungsangebote zu dramatisieren, sich selbst als modern und kompetent zu inszenieren und interne Selbstverständnisdebatten zu führen. Die Gewerkschaften nutzen die Rede über das Internet, um interne und nach außen gerichtete Debatten um Reformbedarf, Imageprobleme, Mitglieder-, Macht- und Kontrollverluste zu führen. Dabei wird deutlich, wie das Internet in diesen Kämpfen um Deutungsmacht Bedeutungen, »Eigenschaften« und »Auswirkungen« erst zugeschrieben bekommt. Das gegenwärtig gültige Wissen über »das Internet« ist daher nicht als Ausdruck materieller, ontologischer Eigenschaften des Internet und »realer« Technikfolgen, sondern als Ergebnis kollektiver interpretativer Aushandlungsprozesse zu betrachten.

# Widersprüche

Eine Übersicht über alle noch lieferbaren Bände der Widersprüche unter [www.widersprueche-zeitschrift.de](http://www.widersprueche-zeitschrift.de) und [www.kleine-verlag.de](http://www.kleine-verlag.de)

## Lieferbar sind u. a.:

**Heft 74:** 1989 – 1999 – 2010:  
Brüche und Reformperspektiven  
198 Seiten, € 11,00

**Heft 75:** Der „Dritte Sektor“:  
Modernisierung von Markt und Staat?  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 76:** Zivilgesellschaft von oben.  
Regulation der Kooperation  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 77:** Der kontraktuelle Sozialstaat –  
Herrschaft des Managements?  
Ende der Profession?  
112 Seiten, € 11,00

**Heft 79:** Alles im Griff. Prävention als  
Sozialtechnologie  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 80:** Wir können auch anders –  
Soziale Utopie heute  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 81:** Da war doch was ...!? Zugänge zur  
Erinnerung an Nazizeit  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 82:** Raum-Effekte. Politische Strategien  
und kommunale Programmierung  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 83:** Zur globalen Regulierung des  
Bildungswesens  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 84:** Der oder die Sozialstaat? Doing  
Gender europäischer Wohlfahrtsregime  
108 Seiten, € 11,00

**Heft 85:** Politische Bildung – Bildung des  
Politischen?  
120 Seiten, € 11,00

**Heft 86:** Safety first – Smile you're on camera  
132 Seiten, € 11,00

**Heft 87:** Selbsttechnologien –  
Technologien des Selbst  
104 Seiten, € 11,00

**Heft 89:** Zum Umbau von Bildung und  
Sozialstaat  
124 Seiten, € 11,00

**Heft 90:** Noch auf Kurs? – Zehn Jahre  
'Neue Steuerung' in der Jugendhilfe  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 91:** Scheiternde Erfolge oder:  
Die Früchte politischer Emanzipationsprojekte  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 92:** Familienunternehmen –  
zur neoliberalen (Neu)Ordnung der Familie  
136 Seiten, € 11,00

**Heft 93:** Eliten-Schwindel. Gesellschaft  
zwischen Demokratisierung und Privilegierung  
92 Seiten, € 11,00

**Heft 94:** Kampf ums Herz.  
Neoliberale Reformversuche und Macht-  
verhältnisse in der ‚Gesundheits-Industrie‘  
104 Seiten, € 11,00

**Heft 95:** Genders neue Kleider?  
Dekonstruktivistischer Postfeminismus,  
Neoliberalismus und die Macht  
130 Seiten, € 11,00

**Heft 96:** Jenseits von Status und Expertise:  
Soziale Arbeit als professionelle Kultur  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 97:** Politik des Sozialen – Alternativen  
zur Sozialpolitik. Umriss einer Sozialen  
Infrastruktur  
160 Seiten, € 11,00

**Heft 98:** Klassengesellschaft reloaded.  
Zur Politik der „neuen Unterschicht“  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 99:** Politik des Sozialen – Verhandlungen  
über Lebensweisen. Moralische Ökonomien  
heute  
112 Seiten, € 11,00

**Heft 100:** Was ist heute kritische Sozialarbeit?  
222 Seiten, € 11,00

**Heft 101:** Geschichte und Geschichten der  
Sozialen Arbeit  
144 Seiten, € 11,00

**Heft 102:** Neue Soziale Fragen?  
Zur Diskussion um Arbeit, Mindestlohn und  
bedingungsloses Grundeinkommen  
132 Seiten, € 11,00

**Kleine Verlag**  
Kleine Verlag