Und die im Dunklen sieht man nicht: Von der alten und der neuen Armut und ihren psychosozialen Konsequenzen

Heiner Keupp
[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 12 (2007), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Lange Zeit haben die westlichen Industriegesellschaften dem Thema sozialer Ungleichheit im Zugang zu psychosozialen Ressourcen keine große Beachtung mehr geschenkt, obwohl die Ergebnisse der Forschung keinen Anlass boten, die frühere Relevanz dieser Fragestellung aus dem Blickfeld zu verlieren. In den 70er und 80er Jahren wurde die Notwendigkeit gemeindepsychiatrischer Reformmaßnahmen und einer Verbesserung der psychotherapeutischen Grundversorgung unter anderem mit folgender dramatischen Scherenentwicklung begründet: Einerseits häuften sich die Befunde, dass psychisches Leid in hohem Maße mit gesellschaftlicher Ungleichheit korreliert ist, also Angehörige der unterprivilegierten sozialen Schichten die höchsten Störungsraten aufweisen; andererseits entwickelte sich ein gewaltiges psychotherapeutisches Angebot, von dem offensichtlich genau die Menschen am wenigsten profitierten, die das höchste Störungsrisiko zu tragen haben. Die verfügbaren sozialepidemiologischen Daten konnten diese Einschätzung beweiskräftig untermauern. Ist das Thema soziale Ungleichheit aus dem fachlichen Aufmerksamkeitszentrum verschwunden, weil soziale Unterschiede an Bedeutung verloren haben und allmählich die "nivellierte Mittelstandsgesellschaft" entstanden ist, die schon von einigen konservativen Ideologen in den 50er Jahren verkündet worden war? Empirisch spricht für diese Deutung nichts. Plausibler dürfte die Erklärung sein, dass die Psychotherapie in ihrem Aufmerksamkeitsverlust für kollektive Lebenslagen in besonderem Maße an der Erosion kollektiver Erfahrungs-, Wahrnehmungs- und Erlebnisweisen teil hat, die auf die weitreichenden gesellschaftlichen Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse zurückzuführen sind. In diesen Prozessen wird nicht der objektiv ungleiche Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen aufgehoben, aber das gesellschaftliche Bewusstsein für diese Ungleichheit verändert sich. Diese individualisierende Verkürzung steht im Widerspruch zu einer wachsenden Ungleichheitsverteilung der materiellen Güter im globalisierten Kapitalismus und wir haben eindrucksvolle Belege für deren gesundheitspolitische Relevanz. Menschen, die in relativer Armut aufwachsen, haben in bezug auf alle uns verfügbaren Gesundheitsindikatoren schlechtere Chancen. Es kommt noch eine weitere Dimension hinzu: Gesellschaften, in denen die Schere zwischen arm und reich besonders groß ist und insofern die Erwartung einer gerechten Verteilung der vorhandenen Ressourcen immer weniger erfüllt wird, haben epidemiologisch nachgewiesen, die höchsten Morbiditätsraten.

Schlüsselwörter

Soziale Ungleichheit, gemeindepsychiatrische Reformmaßnahmen, psychotherapeutische Grundversorgung, Scherenentwicklung, kollektive Lebenslagen, Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse, Ungleichheitsverteilung der materiellen Güter, gesundheitspolitische Relevanz, Armut, Morbiditätsraten

Summary

For a long time the western industrial societies have failed to offer a large degree of recognition for the topic of the social imbalance in access to psycho-social resources, although the results of extensive research have provided no indication to lose from the field of observation this earlier established relevance of questioning. In the 1970 s and 80 s the necessity of local community psychiatric reform measures and an improvement in the psychotherapeutic primary health care were justified with the following dramatic polarizing

development: On one side, the findings established that the number of those suffering from psychotic ailments were concentrated in a much higher proportion among members of the underprivileged socio-economic class, while on the other hand there was a tremendous surge in the provision of psychotherapy, although from which precisely those people who were at the highest risk of suffering from mental illness could benefit the least. The available social epidemiological data could convincingly underpin this estimation. Is the topic of social imbalance disappearing from the technical centre of study, because socio-economic differences have lost their significance and gradually the levelling middle class society has predominated; a class which was proclaimed from conservative ideologist of the 1950 s? Empirical data are unable to establish this interpretation. The more plausible explanation would be that psychotherapy itself has in part lost from its interest an attention to collective circumstances thereby escalating the erosion of the collective nature of experience, perception and living, which can be traced back to the ever encompassing processes of social individualization and pluralization. Through these processes the objective unequal access to social support resources isn t neutralized although the social consciousness for this inequality is changing. This individualizing reduction stands in contrast to an increasing unequal distribution of material goods in globalized capitalism and we have convincing proof for it s relevance to the health system. Humans, who are growing up in relative poverty, have in reference to all our available health indicators less chances. There is also another dimension to this: Societies, in which the gap between rich and poor is especially large and insofar the expectation for a fair distribution of available resources remains even less met, have as has been epidemiologically proven, the highest morbidity rates.

Key words

social imbalance, community psychiatric reform measures, psychotherapeutic primary health care, polarizing development, collective circumstances, individualization and pluralization, social consciousness, unequal distribution of material goods, relevance to the health system, poverty, morbidity rates

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

Dies lässt sich in exemplarischer Weise an zwei Büchern aufzeigen. Wolfgang Schmidbauer (1997), der erfolgreiche Sachbuchautor und Psychoanalytiker, hat einen Psychotherapieführer vorgelegt, der sicherlich weite Verbreitung gefunden hat; Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer (1994) haben eine umfangreiche und einflussreiche Studie über die Wirksamkeit der wichtigsten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden publiziert, die gerade im Zusammenhang mit der Psychotherapiegesetzgebung höchste Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. In beiden Büchern wird im jeweiligen Einleitungsteil von den soziokulturellen Prozessen gesprochen, auf deren Hintergrund die Entstehung von und Nachfrage nach Psychotherapie überhaupt nur verstanden werden können. Dazu Schmidbauer:

> "Die Auflösung überlieferter Bindungen und die im Entwurf des eigenen Lebens enthaltene Chance, 'ganz anders' zu sein als Vater und Mutter, vervielfachen auch die Möglichkeiten des Konflikts. Die Realität der Berufsarbeit erfüllt nicht die hohen Glückserwartungen, der Liebespartner erfüllt die Sehnsucht nicht, es 'ganz anders' (implizit: 'viel besser') zu haben als die Eltern in ihrer Ehe. Jeder einzelne muss um sein eigenes Gleichgewicht zwischen Gefühls- und Triebwünschen, wirtschaftlicher Anpassung und persönlichen Idealen ringen. Neue Dienstleistungsberufe versprechen angesichts dieser schwierigen Situation, zu beraten und zu unterstützen" (1997, S. 9).

Mit dieser soziokulturellen Verortung der Psychotherapie sind die Aussagen zum gesellschaftlichen Kontext auch schon abgeschlossen und im Weiteren werden einzelne psychotherapeutische Verfahren skizziert. Was Wolfgang Schmidbauer mit dem Blick auf "Interessierte und Betroffene" - so im Untertitel des Buches - zusammenträgt, findet in dem voluminösen Werk von Grawe et al. seine Entsprechung. Dieses richtet sich an die klinisch-psychologische Fachwelt. Auch in diesem Werk wird der Prozess der Modernisierung als Bedingung für die Entstehung von Psychotherapie angesprochen. Er habe eine Bewusstseinsentwicklung ermöglicht und gefördert, die zu einer reflektierend-distanzierenden Betrachtung der eigenen psychischen und äußeren Existenzbedingungen führt. In diesem Zusammenhang kann man folgende programmatischen Sätze lesen: "Die realen gesellschaftlichen Lebensbedingungen prägen das Bewusstsein und die psychische Verfassung der Individuen, die in dieser Gesellschaft leben, und dieses Bewusstsein ist gleichzeitig Träger der realen Lebensformen". Die Rede ist weiterhin von einem "engen Zusammenhang zwischen den jeweiligen sozioökonomischen Lebensbedingungen und dem vorherrschenden Bewusstsein des Menschen von sich selbst in Beziehung zu seiner Um- und Mitwelt sowie den kulturellen Produkten dieser Gesellschaft" (1994, S. 5).

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

> *(1) Die Psychotherapie zeichnet sich durch eine zunehmende Gesellschaftsvergessenheit oder soziale Amnesie aus. Eine Re-Medikalisierung und ein therapeutischer Technizismus begünstigt eine Vernachlässigung von soziokulturellen Kontextvariablen. Von dem verbreiteten context minimization error (Shinn & Toohey, 2003) sind alle Fragen nach der Bedeutung von gesellschaftlichen Ungleichheitsrelationen betroffen.*

Wenn wir drei Jahrzehnte zurückgehen, dann wird deutlich, dass unsere Prioritäten damals ganz andere waren, gerade auch im Rahmen der GVT. Im Zuge der StudentInnenbewegung war es für uns klar geworden, dass wir die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft radikal aufkündigen müssten. Wir waren davon überzeugt, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss. Die klassischen sozialepidemiologischen Befunde über die schichtspezifische Verteilung psychischer Störungen

und die schichtspezifisch unterschiedlichen Chancen auf eine gute psychotherapeutische Behandlung schienen dafür beweisfähig zu sein. Sie zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die "gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft" genannt hat. Auf der fachlichen Ebene ging es um Rezeption der Forschungsbefunde, die die große Bedeutung sozialstruktureller Lebensbedingungen für die Entstehung und Bewältigung psychischen Leids aufzeigten (z.B. Gleiss, Seidel und Abholz, 1973; Strotzka, 1973; Keupp, 1974). Reformüberlegungen und maßnahmen für das System psychosozialer Versorgung waren von dem Reformanspruch bestimmt, durch spezifische Angebote von Psychotherapie die Chancen für benachteiligte gesellschaftliche Schichten zu verbessern, Hilfe bei der Lebensbewältigung ihrer schwierigen Lebensbedingungen zu erhalten. In dieser Zeit wurde die klassische sozialepidemiologische Studie von Hollingshead und Redlich (1958) auch in Deutschland "entdeckt" und übersetzt. Sie hatte ja so eindrucksvoll die Schere zwischen Bedarf und Nutzung aufgezeigt: Je gravierender die Zustände psychischen Leids sind, desto geringer ist offensichtlich die Chance auf eine gezielte Psychotherapie. Und genau in dieser Schere reproduziert sich das System gesellschaftlicher Ungleichheit: Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto größer ist das Störungsrisiko und desto geringer ist die Chance auf psychotherapeutische Hilfe. Die bewusste gesellschaftliche und professionsspezifische Wahrnehmung dieser Schere hat zu einer Reihe von Initiativen in unterschiedlichen therapeutischen Szenen geführt, die die schichtspezifischen Benachteiligungen im Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten reduzieren sollten. Nicht nur die Reichen und Mächtigen, sondern insbesondere auch den Armen und Machtlosen sollten die unterstellten emanzipatorischen Potentiale von Psychotherapie zugänglich gemacht werden (für die Psychoanalyse seien genannt: Cremerius, Hoffmann und Trimborn, 1979; Menne und Schröter, 1980; die Vertreter der Verhaltenstherapie haben bevorzugt auf Goldsteins (1977) "Strukturierte Lerntherapie" verwiesen, die in der englischen Originalausgabe den programmatischen Untertitel "Toward a psychotherapy for the poor" trug). In dieser historischen Periode einer erhöhten Sensibilität für gesamtgesellschaftliche Kontextbedingungen und für soziale Gerechtigkeit ist auch das psychotherapeutische Feld unter einem solchen Fokus reflektiert und diskutiert worden. Diesen historischen Rückgriff fasse ich in meiner zweiten These zusammen:

> *(2) Die in klassischen sozialepidemiologischen Befunden nachweisbaren psychosozialen Konsequenzen sozialer Ungleichheit bzw. die gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft waren in den 60er und 70er Jahren ein zentraler Grund dafür, die Reform der psychosozialen Versorgung voranzutreiben.*

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

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

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

> "Es entstehen der Tendenz nach individualisierte Existenzformen und Existenzlagen, die die Menschen dazu zwingen, sich selbst - um des eigenen materiellen Überlebens willen - zum Zentrum ihrer eigenen Lebensplanung und Lebensführung zu machen" (Beck, 1986, S. 116f.).

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

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

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

> *(3) Im Zuge einer allmählichen ideologischen Entsorgung der Klassenfrage , die konservative Formel von der nivellierten Mittelstandsgesellschaft tat seine Wirkung. Hinzu kam der wohlfahrtstaatliche Fahrstuhleffekt , der zwar nicht die Ungleichheitsrelationen aufgehoben hat, sie aber durch kompensatorische fiskalische Maßnahmen auf einem hohen sozialpolitischem Niveau aus dem Bewusstsein und der Sichtbarkeit von massenhafter Verelendung verdrängt hat.*

Schon in den 90er Jahren drehte sich der Wind. Zunächst begann man in den USA der sozialen Ungleichheit und ihren Konsequenzen für die individuelle Gesundheit große Beachtung zu schenken und auch in Deutschland entstehen wieder Forschungsprojekte, die sich vor allem mit dem Thema Armut und Gesundheit beschäftigen. Gerade in der allerletzten Zeit tauchen in der Literatur immer häufiger Forschungsberichte auf, die körperliche und psychische Gesundheit bzw. Krankheit mit sozialer Ungleichheit in Beziehung setzen (vgl. Mielck, 2000; Helmert, 2003; Robert-Koch-Institut, 2005). In einem groß angelegten transkulturellen Projekt, in dem der Zusammenhang von sozialstruktureller "Klassenposition" und psychosozialen Wohlbefinden für die USA, Japan und Polen vergleichend untersucht wurde, hat sich dieser Zusammenhang ganz eindeutig bestätigen lassen (Kohn et al., 1990). Eine vom National Institute of Mental Health der USA eingesetzte Expertinnengruppe zur psychischen Gesundheit der Frauen der USA kommt zu dem Ergebnis, dass "die positive Korrelation zwischen Armut und psychischer Störung einer der am besten fundierten Forschungsergebnisse in der psychiatrischen Epidemiologie" darstellt (Russo, 1990, S. 370). Und der produktivste Sozialepidemiologe des letzten Vierteljahrhunderts, Bruce Dohrenwend, zeigt auf, dass auch die sozialepidemiologischen Projekte der letzten Jahre in überzeugender Weise die unverändert bedeutsame Rolle

makrosozialer Einflüsse auf die psychosoziale Situation von Menschen belegt hätten. In der renommierten disziplinübergreifenden Zeitschrift "Science", in der psychologische Themen höchst selten repräsentiert sind, haben Dohrenwend, Levav, Shrout et. al. (1992) den einschlägigen Forschungsstand dargestellt. Gerade in den USA wurden nach der neokonservativen Reagan-Ära, in der das Bewusstsein für Fragen der sozialen Ungleichheit und Gerechtigkeit deutlich nachgelassen hatte und sozialstaatliche Systeme abgebaut wurden, diese Fragen wieder gestellt. Besorgt stellte ein führender Sozialmediziner der USA vor einiger Zeit fest: "... es hat den Anschein, als würden in jüngster Zeit die Mortalitätsunterschiede zwischen den sozialen Schichten größer und nicht kleiner" (Sagan, 1992, S. 238). In den sozialepidemiologischen Befunden scheint sich eine Bestätigung für Becks (1986, S. 117) Vermutung finden zu lassen: "Verschärfung und Individualisierung sozialer Ungleichheit greifen ineinander".

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

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

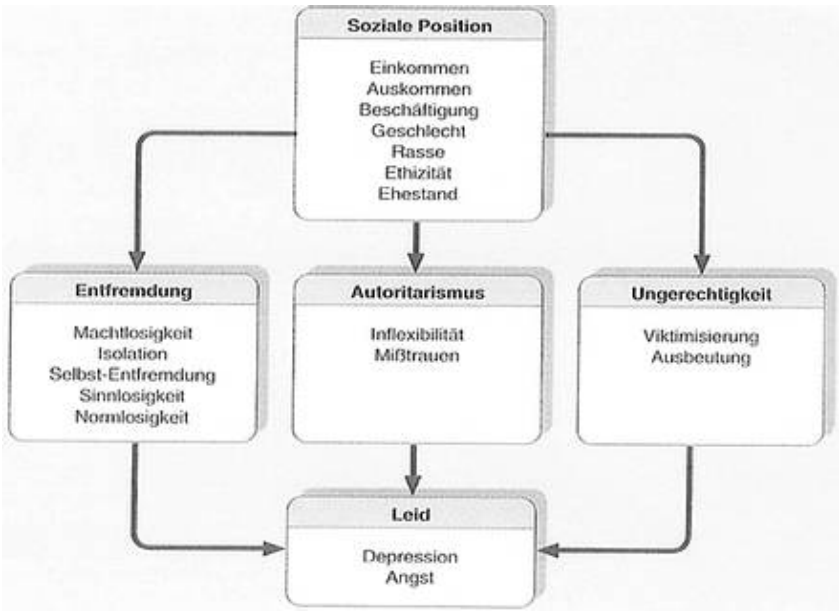

Abb 1: Psychisches Leid und soziale Erfahrungen (Mirowsky & Ross, 1989, S. 98)

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

Wenn wir die aktuelle Befundlage für die Bundesrepublik sichten, dann werden wir von einer Ergebnisflut überrollt, die in großer Nachdrücklichkeit die Bedeutung von sozioökonomischem Hintergrund und Gesundheit deutlich machen.
Die Armutsforschung zeigt, dass Kinder und Jugendliche überproportional hoch von Armut betroffen sind und Familien mit Kindern nicht selten mit dem Armutsrisiko zu leben haben. Susanne Mayer hat es in DIE ZEIT so zusammengefasst:

> In Deutschland sind Kinder zu 27 Prozent von Armut betroffen, das ist der zweithöchste Wert in Europa. Nur in Irland ist das Armutsrisiko der Kinder höher (28 Prozent), in Dänemark liegt es bei 11 Prozent. Widerfährt deutschen Kinder das Missgeschick, in einem Haushalt alleinerziehender Eltern zu landen, steigt ihre Chance, dass es äußerst ärmlich zugeht, auf 47 Prozent. Würden diese Kinder in Schweden bei Papa oder Mama leben, wären nur 19 Prozent von ihnen arm. Könnten Kinder sich ihr Geburtsland aussuchen, nun, Deutschland wäre vermutlich nicht die erste Wahl (DIE ZEIT Nr. 42 vom 09.10.2003).

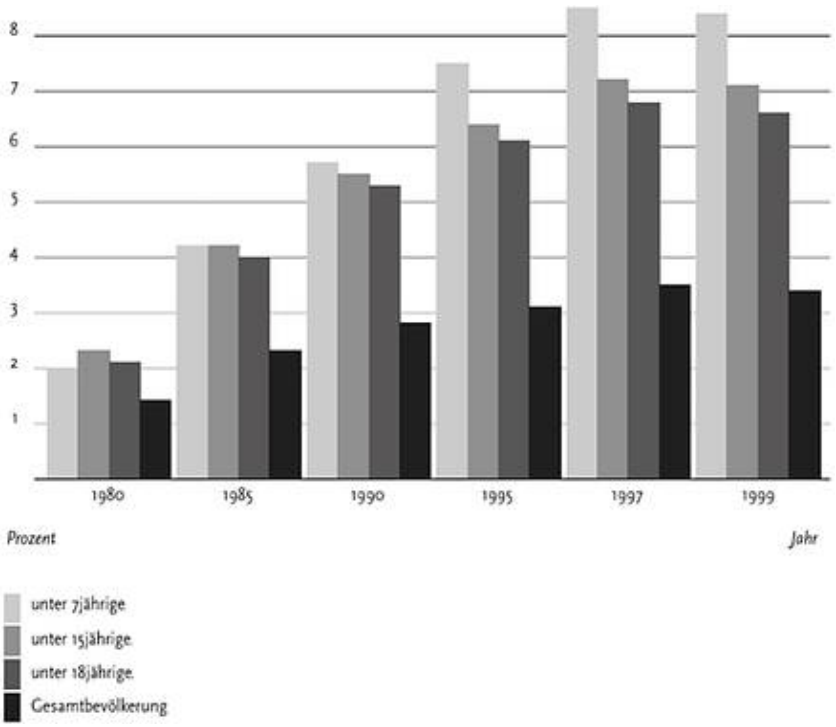

Abb. 2: Sozialhilfeabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen (Robert-Koch-Institut, 2001)

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

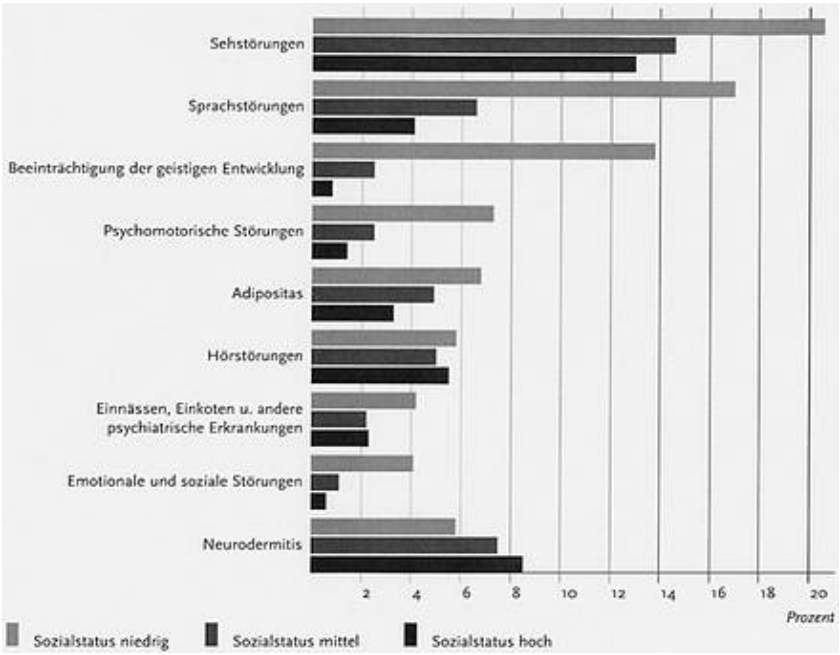

Abb. 3: Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus (Brandenüber Einschulungsuntersuchungen in: Böhm et al., 2003)

Werden Kinder älter bleiben diese Effekte unverändert erhalten:

Gesundheitsindikatoren	Armutsgruppe	Übrige	Odds-Ratio
Gesundheitszustand: Nicht sehr gut	12	7	1,8
Subjektives Wohlbefinden: Nicht sehr glücklich	20	11	2,1
Selbstbewusstsein: Selten / Nie	24	16	1,6
Hilflosigkeit: Häufig / Immer	9	4	2,3
Einsamkeit: Sehr / Ziemlich oft	16	9	1,9
Fühle mich allgem. schlecht: Öfters in der Woche	9	5	2,0
Schlafstörungen: Öfters in der Woche	25	20	1,4
Kopfschmerzen: Öfters in der Woche	14	12	...
Magenschmerzen. Öfters in der Woche	11	7	1.8
N=3272	588	2575	

Tab. 1: Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen (12 16 Jahre) nach der sozialen Lebenslage (in Prozent; gerundet) nach HBSC-Survey (Hurrelmann et al, 2004)

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

Gesundheitsbezogene Folgewirkungen von Leben unter Armutsbedingungen gehen durch alle Altersphasen und betreffen letztlich auch die Mortalität. Gerade zuletzt hat uns Karl Lauterbach eine erschreckende Wahrheit auf den Tisch gelegt: Nach einer Untersuchung des Kölner Gesundheitsökonomen und SPD-Abgeordneten benachteiligt die gesetzliche Rente Geringverdiener und sorgt für eine ungewollte Umverteilung von Arm zu Reich. Ursache der Schieflage sei die im Durchschnitt längere Lebenserwartung von Besserverdienenden, berichtet das Magazin «Der Spiegel». So bezögen Gutverdiener mit mehr als 4500 Euro im Monat im Schnitt mehr als 18 Jahre lang Rente. Normalverdiener mit einem Einkommen zwischen 2500 und 3500 Euro kämen hingegen auf eine Rentenlaufzeit von durchschnittlich 15 Jahren. Geringverdiener mit weniger als 1500 Euro erhielten sogar im Schnitt nur knapp elf Jahre Altersgeld. Etwa jeder Fünfte dieser Einkommensgruppe stirbt laut Lauterbachs Untersuchung sogar vor Erreichen der Altersgrenze. Bei den Gutverdienern sei dies nur jeder Zehnte. Eine besondere Risikogruppe bilden alleinerziehende Mütter. Sie haben nicht nur das höchste Verarmungsrisiko, sondern sie haben bei allen gesundheitsbezogenen Daten eindeutig die ungünstigsten Werte. Die herausgehobene negative Spitzenstellung alleinerziehender Mütter reproduziert sich in den Gesundheitsstatistiken. Im Vergleich dieser Gruppe mit Müttern, die in einer Partnerschaft leben, zeigen sich eindeutig mehr psychische Störungen:

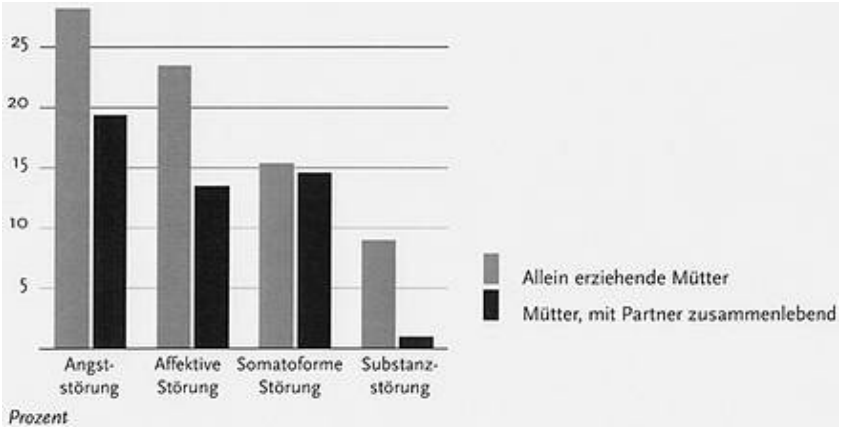

Abb. 4: Vorliegen von psychischen-Erkrankungen (12 Monats-Prävalenz) nach Bundesgesundheitssurvey 1998 (Herbig et al., 2005)

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

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

Tab. 2: Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten (Angaben in Prozent) nach Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI, 2003)

Mit dem Blick auf diese spezielle Risikogruppe der Alleinerziehenden wäre allerdings der Schluss nicht legitim, die bloße Tatsache einer vollständigen Familie wäre schon ein Schutz gegen die Armut und die damit verbundenen Risiken. Pauschal wird gelegentlich davon gesprochen, dass Kinder allein schon ein Armutsrisiko bedeuten würden. Das gilt sicher so pauschal nicht wie unsere aktuelle Familienministerin demonstriert, aber einen starken Risikofaktor stellen Kinder in Kombination mit einer niedrigen Einkommenssituation allemal dar. Ein guter Indikator zumindest für drohende Armutslagen stellen die Sozialhilfedaten dar. Hier zeigt sich, dass vor allem Kinder und Jugendliche mit wachsender Tendenz Sozialhilfeempfänger werden und damit Armutskarrieren gebahnt werden. Wichtig erscheint mir dann auch die Kombination von Bildungskapital und materiellem Kapital, da hat sich ganz im Sinne von Pierre Bourdieu eine fatale Koalition gebildet im Sinne einer doppelten Benachteiligung, die noch weiter ins gesellschaftliche Abseits verweist, wenn man das soziale Kapital berücksichtigt, das ja als Bewältigungsressource begriffen werden kann. Die Einbindung in soziale Netzwerke kann zwar der Ausgrenzungsgefahr entgegenwirken, doch die Ergebnisse zeigen, dass es nur selten gelingt, Armut oder Arbeitslosigkeit mit sozialem Rückhalt zu kompensieren. Gerade Bevölkerungsgruppen, die materiell benachteiligt sind und sozialen Beistand am nötigsten hätten, können nur selten darauf zurückgreifen. Hier gilt in dramatischer Weise das Mathäus-Prinzip Wer hat, dem wird gegeben, wer nicht hat, dem wird genommen, was er hat .

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

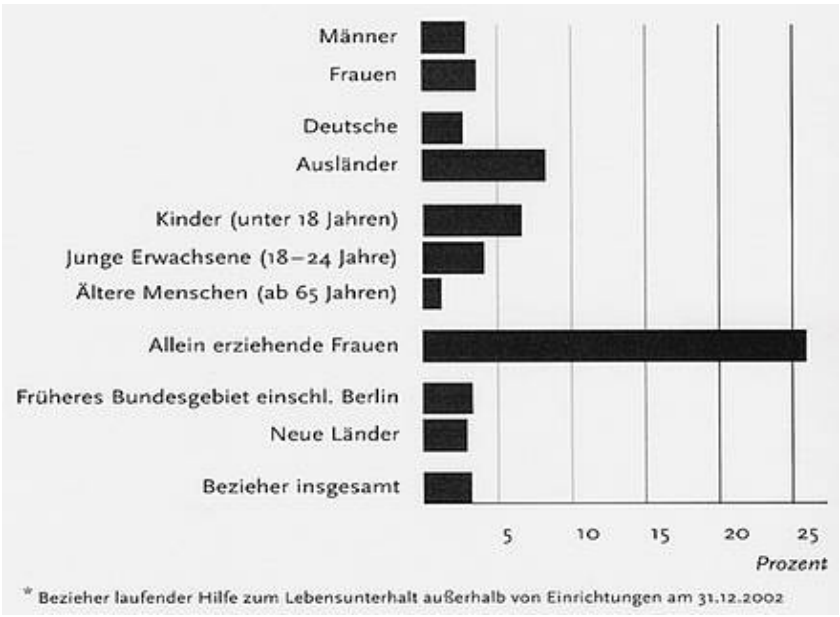

Abb. 5: Sozialhilfequoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Jahresende 2002 (Statistisches Bundesland, 2003)

Meine vierte These lautet:

> *(4) Die Bedeutung der sozioökonomischen Herkunft für die Verteilung von Lebenschancen holt uns auf Grund eines neoliberalen Politikregimes auf allen denkbaren Ebenen wieder ein, vor allem im Bildungsbereich und im Gesundheitsbereich. Es gibt eine Fülle von Daten, die für alle Altersphasen den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit aufzeigen.*

Ausgrenzung und Teilhabe sind in der Debatte um soziale Ungleichheit zu Schlüsselbegriffen geworden. Dabei geht es um veränderte Formen sozialer Ungleichheit und um eine Zunahme von Risikogruppen. Soziale Ausgrenzung, das heißt Deklassierung und Isolation. Hat sich die Ungleichheitsforschung bisher wesentlich der Verteilung von materiellen Ressourcen gewidmet, so verweist der Ausgrenzungsdiskurs auf mehr als die Sicherung des Lebensstandards. Er bezieht sich umfassender auf eingeschränkte Teilhabechancen mit Blick auf soziale Rechte und etablierte Gerechtigkeitsnormen. Die Folgen von Arbeitslosigkeit und Armut für den gesellschaftlichen Zusammenhalt werden in den Mittelpunkt gerückt. Theoretische Debatten um soziale Ungleichheit kreisen somit nicht mehr nur um Verteilungsfragen, sondern widmen sich Aspekten der Zugehörigkeit und Integration (vgl. Böhnke, 1995a;b; Kronauer, 2002; Callies, 2004; Bude, 2004).
Weitere Auswertungen haben ergeben, dass nicht alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen vom Risiko sozialer Ausgrenzung betroffen sind. Langzeitarbeitslosigkeit und Armut, insbesondere wenn sie von Dauer ist, gehen mit einer deutlichen Verschlechterung von Teilhabemöglichkeiten einher. Reichtum, Wohlstand

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

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

> ... der Kern (umfasst) nur 10 Prozent, während die sich um den Kern formierende Gruppe 25 Prozent ausmacht. Somit verrichtet ungefähr ein Drittel der Gesamtbevölkerung eine bestimmte Arbeit und wird dafür entlohnt. Die Kranken (zu denen auch die Alten zählen), Arbeitsunfähigen und Kinder stellen 65 Prozent, das sind zwei Drittel, der Gesamtbevölkerung. Diese Gruppe lässt sich als Nicht-Arbeitswelt definieren (S. 85).

Im Titel seines Referates bezeichnet Ruesch diese Gruppe als misfits , die sozial Unfähigen , zu denen also nicht nur Menschen mit physischen und psychischen Störungen gehören, sondern auch die Gruppe, die durch social disability gekennzeichnet ist. Zu ihr müssen all jene gerechnet werden, die aufgrund ihrer Bildung, ihrer Ausbildung und ihres wirtschaftlichen Status gesellschaftlichen Verzicht leisten mussten und außerstande sind, das technische und kulturelle Angebot unserer Zivilisation zu nutzen (S. 91). Ihnen fehlen die Basisqualifikationen des Spätkapitalismus: Zeitmanagement, Spaltung zwischen privaten und öffentlichen Angelegenheiten, höchste Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit. In der schönen neuen Welt des flexibel und global agierenden Netzwerkkapitalismus ordnet sich die Welt nach ganz eigenen Kategorien der Zugehörigkeit und der Anerkennung des BürgerInnenstatus. Zgymunt Bauman (1992) hat es sehr eindrücklich beschrieben:

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

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

> *(5) Es geht darum, Ungleichheit mehrdimensional zu begreifen und nicht allein auf Armut zu reduzieren. Es geht um die zivilgesellschaftliche Vorstellung von sozialer Zugehörigkeit, Anerkennung und sozialen Rechten. Der Ungleichheitsdiskurs fokussiert deshalb auf Dimensionen wie Ausgrenzung und Teilhabe (Exklusion und Inklusion). Wir sind mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ein wachsender Teil der Bevölkerung als ausgeschlossen erlebt, verworfenes Leben nennt das Zygmunt Bauman.*

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

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

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

> ... gesunde, egalitäre Gesellschaften über einen größeren sozialen Zusammenhalt (verfügen). Das gemeinschaftliche Leben ist stärker ausgeprägt und nicht so leicht zu erschüttern. ( ) Größere Ungleichheit bedeutet eine psychologische Last, die das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft beeinträchtigt. Aus den Verbreitungsmustern der modernen Krankheiten geht hervor, dass der entscheidende Punkt in diesem Zusammenhang nicht mehr länger der materielle Lebensstandard ist. Heute geht es vielmehr um die psychosoziale Lebensqualität, die durch materielle Gleichheit unterstützt werden muss (Wilkinson, 2001, S. XIX).

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

> *(6) Von besonderer Bedeutung für den Gesundheitsstatus einer Population ist das gesellschaftliche Gerechtigkeitsdefizit. Gesellschaften, in denen die Schere zwischen arm und reich groß ist und größer wird, weisen besonders negative Auswirkungen auf den durchschnittlichen psychosozialen und gesundheitlichen Status der jeweiligen Bevölkerung auf. Hier handelt es sich nicht nur um ungleiche Zugänge zu materiellen Ressourcen, sondern auch um eine Bedrohung der Solidaritätsressourcen einer Gesellschaft. Diese makrosoziale Dimension verweist auf die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlich wirksamer politischer Interventionen hin.*

Abschließend möchte ich noch ein Konzept einführen, das für alle psychosozialen und politischen Projekte zur Überwindung sozioökonomischer Ungleichheit eine wichtige Grundlage bilden könnte und das sogar in den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung von 2005 Eingang gefunden hat. Dort heißt es:

> Ausgehend von relevanten Lebenslagen stützt sich diese breite Konzeption im Bericht auf Amartya Sens Konzept der Verwirklichungschancen. Das Konzept versteht unter Verwirklichungschancen die Möglichkeiten oder umfassenden Fähigkeiten (capabilities) von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt. Armut ist dann gleichbedeutend mit einem Mangel an Verwirklichungschancen, Reichtum mit einem sehr hohen Maß an Verwirklichungschancen, deren Grenzen nur punktuell oder gar nicht erreicht werden. Reichtum wäre gleichbedeutend mit Privilegierung oder Macht , und Armut lässt sich so auch als Ausgrenzung von gesellschaftlich bedingten Chancen interpretieren. Armut im Sinne sozialer Ausgrenzung und nicht mehr gewährleisteter Teilhabe liegt dann vor, wenn die Handlungsspielräume von Personen in gravierender Weise eingeschränkt und gleichberechtigte Teilhabechancen an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft ausgeschlossen sind. Diese Definition enthält neben dem relativen Charakter auch die Mehrdimensionalität von Armut. Armut bezieht sich demnach auf die Ungleichheit von Lebensbedingungen und die Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard (S. 9).

Amartya Sen (2000) knüpft mit seinem Konzept der Verwirklichungschancen einerseits an der Idee der Freiheit und den gesellschaftlichen Bedingungen an, die zur Realisierung von eigenen Lebensvorstellungen erforderlich sind. Unter Verwirklichungschancen versteht er die Möglichkeit von Menschen, bestimmte

Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Lebens zu führen (S. 108) oder an anderer Stelle bestimmt er sie als Ausdrucksformen der Freiheit: nämlich der substantiellen Freiheit, alternative Kombinationen von Funktionen zu verwirklichen (oder, weniger formell ausgedrückt, der Freiheit, unterschiedliche Lebensstile zu realisieren) (S. 95). Wohlergehen hängt aus seiner Sicht in entscheidender Weise, wenn auch nicht allein vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Das verfügbare Realeinkommen erweist sich in mehrfacher Hinsicht verantwortlich für das Wohlergehen. Dieses wird aber noch wichtigen zusätzlichen Faktoren bestimmt:

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

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

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

Und ich schließe mit meiner letzten These:

> *(7) Eine gesellschaftliche Initiative zur Überwindung von Ungleichheit sollte sich als konzeptuelle Basis den Ansatz der Verwirklichungschancen (capability) von Amartya Sen als Grundlage wählen, der eine gedankliche Verknüpfung zum Empowerment-Konzept nahe legt. Das Konzept versteht unter Verwirklichungschancen die Möglichkeiten oder umfassenden Fähigkeiten (capabilities) von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt. Die Basis dafür sind materielle, aber auch soziale, psychische und symbolische Ressourcen.*

Literatur

Bauman, Z. (2005). Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne. Hamburger Edition.

Beck, U.(1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.

Böhm, A., Ellsäßer, G. & Kuhn, J. (2003). Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles lernen kann. Wünsdorf: Landesgesundheitsamt Brandenburg.

Böhnke, P. (2005). Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen: Barbara Budrich.

Böhnke, P. (2005). Mittendrin und trotzdem draußen. Soziale Ungleichheit in Deutschland. In: WZB-Mitteilungen, 10, S. 34 37.

Bude, H. (2004). Das Phänomen der Exklusion. Der Widerspruch zwischen gesellschaftlicher Erfahrung und soziologischer Rekonstruktion. In: Mittelweg 36, 13, S. 3 15.

Bundesregierung (2005). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Callies, O. (2004). Konturen sozialer Exklusion. In: Mittelweg 36, 13, S. 16 35.

Cremerius, J., Foffmann, S.O. & Trimborn, W. (1979). Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht. München: Kindler.

Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodal, A. E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: A test of the social causation-social selection issue. Science, 255, S. 946-952.

Ferber, C.v. (1971). Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart: Kohlhammer.

Gleiss, I., Seidel, R. & Abholz, H.-H. (1973). Soziale Psychiatrie Zur Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt: Fischer.

Goldstein, A.P. (1977). Strukturierte Lerntherapie. Ansätze. Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten. München: Urban & Schwarzenberg.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Stuttgart/Weimar: J.B.Metzler.

Hermann, S. (1995): Daten zur Gesundheit alleinerziehender Frauen. Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin. In: Dokumentation zum Kongreß "Armut und Gesundheit" der Ärztekammer Berlin: S. 127 - 128.

Helmert, U. (2003). Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro.

Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). Social class and mental illness. New York: Wiley.

Hurrelmann K., Klocke A., Melzer W. & Ravens-Sieberer, U. (2004). Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Keupp, H. (1974). Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München: Urban & Schwarzenberg.

Keupp, H. (1992). Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment. psychomed, 4, S. 244 - 250.

Kieselbach, T. (1997). Arbeitslosigkeit. In: Regierung der Bundesrepublik Deutschland (Hg.), Bundesgesundheitsbericht (Kap.4.10). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Klocke, A. & Hurrelmann, K. (1998). Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Kohn, M.L., Naoi, A., Schoenbach, C. et al. (1990). Position in the Class Structure and Psychological Functioning in the United States, Japan, and Poland. In: American Journal of Sociology, 95, S. 964-1008.

Kronauer, M. (2002). Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt: Campus.

Laaser, U., Gebhardt, K. & Brößkamp, U. (Hg.) (1995). Armut und Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health, 2, Beiheft.

Menne, K. & Schröter, K. (1980). Psychoanalyse und Unterschicht. Frankfurt: Suhrkamp.

Mielck, A. (1994) (Hg.). Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich.

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.

Mielck, A., Satzinger, W. & Helmert, U. (1995). Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem "Armut und Gesundheit". In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1995; 2, Beiheft, S. 39-53.

Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1989). Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter.

Müller, U. & Heinzel-Gutenbrunner, M. (1998). Armutslebensläufe und schlechte Gesundheit - Kausation oder soziale Selektion? Untersuchungsergebnisse vorgestellt auf dem 104. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1998 in Wiesbaden (Philipps-Universität Marburg).

Robert-Koch-Institut (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen. 2. überarbeitete Neuauflage. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (2003). Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 14. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Robert-Koch-Institut (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Rosenbrock, R. (1997). Arbeitslosigkeit und Krankheit. In: Journal für Gesundheit der Plan- und Leitstelle Gesundheit Berlin-Hohenschönhausen, II. Quartal 1997, S. 4-8.

Ruesch, J. (1972). Die soziale Unfähigkeit. Das Problem der Fehlanpassung in der Gesellschaft. In: F.Basaglia & F.Basaglia Onagro (Hg.), Die abweichende Mehrheit. Frankfurt: Suhrkamp, S. 79 97.

Sagan, L.A. (1992). Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt.

Salentin, K. (2002). Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Schmidbauer, W. (1997). Psychotherapieführer. München: Heyne.

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

Shin, M. & Toohey, S.M. (2003). Community contexts of human welfare. In: Annual Review of Psychology, 54, S. 427 459.

Siegrist, J. (1994).Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hg.), Forum Gesundheitsförderung. Neue Herausforderungen an eine Politik der Gesundheitsförderung, Bonn.

Strotzka, H. (Hg.) (1973). Neurose, Charakter, soziale Umwelt. München: Kindler.

Trabert, G. (2002). Kinderarmut Zwei-Klassen-Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt, 3, S. 93-95.

Weilandt, C. & Altenhofen, L. (1997). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber, J. (Hg.), Gesundheit sozialer Randgruppen. Stuttgart: Enke-Verlag, S. 76-99.

Wilkinson, R.G. (2001). Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien/New York: Springer.

Autor

Heiner Keupp; Prof. Dr.
Department Psychologie
Universität München
Leopoldstraße 13
D-80803 München
Keupp@bitte-keinen-spam-psy.uni-muenchen.de
http://www.lrz-muenchen.de/~Reflexive_Sozialpsychologie/