

Lindauer Texte

Texte zur psychotherapeutischen Fort-
und Weiterbildung

Herausgeber:
P. Buchheim M. Cierpka

Springer

Berlin

Heidelberg

New York

Barcelona

Hong Kong

London

Mailand

Paris

Singapur

Tokio

P. Buchheim M. Cierpka (Hrsg.)

Macht und Abhängigkeit

Unter Mitwirkung von:

J. R. Bergmann, B. Dorst, E. Ferchland-Malzahn, M. Geyer,
E. Huber, U. Lehr, S. McDaniel, C. Meier-Seethaler, U. Streeck,
M. v. Cranach



Springer

Vorwort

"Macht und Abhängigkeit" war eines der beiden Leitthemen der 49. Lindauer Psychotherapiewochen. Im vorliegenden zehnten Band der *Lindauer Texte* werden die Vorträge dazu veröffentlicht.

In der Psychotherapie besteht ein sehr zwiespältiges Verhältnis zur Macht. Einerseits nehmen die Therapeutinnen und Therapeuten mit ihren Fragen und Antworten Einfluß auf das Leben der Patientinnen und Patienten. Die Wirksamkeitsforschung konnte überzeugend darstellen, daß psychotherapeutische Interventionen ein mächtiges Instrumentarium zur Veränderung von Symptomen, Lebensproblemen und Beziehungskrisen sein können. Mit der Macht von Worten und der Macht von Bildern werden den Patientinnen und Patienten Einsichten in das Seelenleben vermittelt und Veränderungen in ihrem Leben angeregt. Wie auch sonst in der Medizin wird den Therapeutinnen und Therapeuten von den Ratsuchenden diese Macht eingeräumt.

In der Regel erhalten die professionellen Helfer einen großen Vertrauensvorschuß. Die Patientinnen und Patienten, die Hilfe in der Psychotherapie suchen, sind durch die Macht der Gefühle, etwa Liebe und Haß, in unauflösbar erscheinende Konflikte geraten. Deshalb befinden sich die Hilfesuchenden in einer besonderen Abhängigkeitssituation und deshalb tragen die Therapeutinnen und Therapeuten eine besondere Verantwortung.

Andererseits wird über die Psychotherapie als Instrument der Macht nur wenig gesprochen. Die Lust an der eigenen Einflußnahme und die Freude an den bewirkten Veränderungen bei den Ratsuchenden werden eher heruntergespielt oder gar verleugnet. Wenn darüber gesprochen wird, dann meistens mit einem moralisierenden Unterton. Faktische Abhängigkeiten in der therapeutischen Situation werden meistens nur im Zusammenhang mit dem emotionalen und sexuellen Mißbrauch diskutiert.

Das Leitthema sollte nicht moralisierend bearbeitet werden. Die Beiträge zeigen, daß man sowohl die lustvolle, positive Seite der Machtausübung als therapeutische Einflußnahme beschreiben, als auch die gefährdende Seite der Macht in dieser Profession darstellen kann. Die Themen über "Macht und Abhängigkeit"

sollen dazu beitragen, daß Lust und Erotik als machtvolle, gestaltende Elemente im therapeutischen und institutionellen Bereich so angenommen werden, daß sie ihre Kraft entfalten können, ohne dem Machtmißbrauch Vorschub zu leisten.

In der Planung der Themenbearbeitung wurde darauf Wert gelegt, die realen therapieimmanenten und die institutionellen Abhängigkeiten, z. B. in der Ausbildungssituation oder später in der beruflichen Praxis mit ihrer Gefahr des Machtmißbrauchs, in eigenen Beiträgen aufzugreifen. Die auch heute noch bestehende Tabuisierung kann dann aufgelockert werden, wenn traditionelle Abhängigkeiten, z. B. an Instituten hinterfragt und öffentlich gemacht werden. So lange eigene Ohnmacht im persönlichen Raum oder auf der Couch nur beklagt wird, werden Machtverhältnisse aufrechterhalten. Die Herausgabe der Beiträge zum Thema "Macht und Abhängigkeit" in der *Lindauer Texten* soll eine solche "Veröffentlichung" sein.

Wir bedanken uns bei den Autorinnen und Autoren für die gute Zusammenarbeit und die hilfreiche Mitwirkung.

Wiederum gilt unser besonderer Dank Frau Dipl.- Psych. Anna Buchheim für die sorgfältige Aufbereitung und redaktionelle Bearbeitung der Texte bis zur druckreifen Herstellung des Bandes.

Wir überreichen dieses Buch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der 50. Lindauer Psychotherapiewochen, aber auch allen Interessierten.

April 2000

*Peter Buchheim, München
Manfred Cierpka, Heidelberg*

Inhaltsverzeichnis

Macht und Abhängigkeit

<i>Ulrich Streeck</i>	
Macht und Abhängigkeit in therapeutischen Beziehungen	1
<i>Editha Ferchland-Malzahn</i>	
Abhängigkeiten und Macht in der Ausbildungssituation	17
<i>Michael Geyer</i>	
Die Macht der Ökonomie in der Psychotherapie	32
<i>Ellis Huber</i>	
Die Macht des Geldes und die Zukunft des Arztes	55
<i>Michael von Cranach</i>	
Die Macht und die Verantwortung für den Patienten	79
<i>Susan McDaniel</i>	
Kooperation und Solidarität	87
<i>Brigitte Dorst</i>	
Paternalismus - die verschleierte Macht	105
<i>Jörg Bergmann</i>	
Die Macht des Wortes	120
<i>Carola Meier-Seethaler</i>	
Macht im Spannungsfeld zwischen Kompetenz und Gewalt	132
<i>Ursula Lehr</i>	
Der demographische Wandel und die Beziehungen zwischen Alt und Jung ..	144

Mitarbeiterverzeichnis

Jörg Bergmann, Prof. Dr. rer. soc., Dipl.- Psych.

Junkernstraße 3, D-35460 Staufenberg

Brigitte Dorst, Prof. Dr., Dipl.- Psych.

Schürbusch 75, D-48163 Münster

Editha Ferchland-Malzahn, Dr. phil., Dipl.- Psych.

Schleckheimer Straße 96, D-52076 Aachen

Michael Geyer, Prof. Dr. med.

Karl-Tauchnitz-Straße 25, D-04107 Leipzig

Ellis Huber, Dr. med.

Flottenstraße 28-42, D-13407 Berlin

Ursula Lehr, Prof. Dr. phil., em.

Am Büchel 53 B, D-53173 Bonn

Susan McDaniel, Ph. D.

885 South Avenue

Rochester, New York 14620, USA

Carola Meier-Seethaler, Dr. phil.

Moserstraße 42, CH-3014 Bern

Ulrich Streeck, Prof. Dr. med.

Krankenhaus Tiefenbrunn, D-37124 Rosdorf

Michael von Cranach, Dr. med.

Kemnater Straße 16, D-87600 Kaufbeuren

Macht und Abhängigkeit in therapeutischen Beziehungen

Ulrich Streeck

Vor vielen Jahren hat der Philosoph Jean Paul Sartre die Tonbandaufzeichnung eines Gespräches veröffentlicht, zu dem ein ehemaliger Patient seinen Psychoanalytiker drei Jahre nach Abschluß einer Behandlung genötigt hat. Der Patient hatte in dem Gespräch versucht, die Rollen umzukehren und seinerseits das Verhalten seines ehemaligen Analytikers zu deuten. In der Präambel zu diesem Dialog, bei dem der ehemalige Patient den Analytiker unerbittlich in die Enge treibt, schreibt Sartre (1969):

"... der Analytiker als unsichtbarer und schweigsamer Zeuge verwandelt schon im Mund des Patienten das Wort und diesen selbst in ein Objekt; aus dem einfachen Grund, weil es zwischen dem Mann mit abgewandtem Rücken und dem auf der Couch liegenden Patienten keine Wechselwirkung gibt. Ich weiß" so Sartre weiter "der Kranke muß sich selbst emanzipieren. Aber die Schwierigkeit ... liegt darin, daß er sich als etwas Passives entdeckt – durch diesen Blick des Analytikers, den er nicht einfangen kann und der ihn doch beobachtet ... In dieser Situation ist die Gewalt latent vorhanden, damit auch die Unterwerfung des Patienten ...".

Sartre spricht hier von der Rolle des Psychotherapeuten, von seiner schweigenden, dem Blick des anderen entzogenen Zeugenschaft, von seinem Status als Beobachter des Patienten. Sartres Kommentar berührt die Frage, was eigentlich das Wort des Patienten ist und wozu der Psychotherapeut das Wort seines Patienten, dessen Mitteilungen verwendet. Und was ist die therapeutische Beziehung? Besteht sie in einer Wechselwirkung von Patient und Psychotherapeut, oder ist die therapeutische Beziehung eine Beziehung des einseitigen Blickes?

Wo der Psychotherapeut Zeuge und Beobachter des Patienten ist, wo er dessen Wort alleine als Ausdruck seiner psychischen Realität behandelt, die von ihm beobachtet wird, wo der Patient mehr oder weniger passiver Rezipient der Deutungen des Analytikers und die therapeutische Beziehung eine Beziehung des einseitigen Blickes ist, bei der die Wechselwirkung nicht gesehen wird, da – so

Sartre – liegen Macht und Abhängigkeit nahe, latente Gewalt und Unterwerfung. Das Humane, so schreibt Todorov (1998), beginnt mit dem Blick des anderen: "Die Existenz des Individuums als spezifisches menschliches Wesen beginnt nicht auf einem Schlachtfeld" – dort beginnt sie zum Beispiel bei dem Herren-Menschen Nietzsches mit seinem "Willen zur Macht" – "sondern im Erheischen des mütterlichen Blicks durch den Säugling – eine sehr viel weniger heroische Situation" (S. 39). Und weiter heißt es bei Todorov: "Das Bedürfnis nach Anerkennung ist das konstitutive menschliche Faktum" (S. 34), und unser Bewußtsein ist "nichts anderes als ein generalisierter Anderer, der Blick der anderen in unserem Inneren" (S. 32).

Sartre hat diesen Kommentar zu einer Zeit geschrieben, als die Diskussion um die Frage, welche Art von Wissenschaft Psychotherapie ist, was eigentlich psychotherapeutische Kompetenz auszeichnet und welcher Art das Wissen des Psychotherapeuten ist und sein praktisches Handeln im Behandlungszimmer, weniger kontrovers beantwortet wurde als gegenwärtig. Dies ist nicht nur eine theoretische Frage; denn je nach dem, wie die Antworten ausfallen, bringt das unterschiedliche Folgen für die Verteilung von Macht und Abhängigkeit mit sich – von Macht und Abhängigkeit in der therapeutischen Beziehung, im Hinblick auf die klinische Praxis, aber auch in Zusammenhang mit Institutionen der Psychotherapie.

Was ist gemeint mit Macht und Abhängigkeit?

Macht gehört zu den "dirty words". Taureck (1983) stellt in seinem Essay über "die Zukunft der Macht" fest, daß wir von Macht mit einer Geste sprechen, "als fühle man sich bedroht, als sei sie etwas Böses" (S. 11). Und Elias (1971) führt den "unangenehmen Beigeschmack", der sich mit dem Begriff der Macht verbindet, darauf zurück, daß die bisherige Geschichte eine Geschichte des Mißbrauchs von Macht ist. In der Psychotherapie ist von Macht vergleichsweise selten die Rede: Psychotherapeuten scheinen weder nach Macht zu streben, noch scheinen sie Macht auszuüben. Und auch im Verhältnis von Patient und Psychotherapeut scheinen Machtverhältnisse keine große Rolle zu spielen, es sei denn, als Manifestationen mehr oder weniger pathologischer Bedürfnisse des Patienten, ggfs. noch dann, wenn Psychotherapeuten Patienten für eigene Zwecke ausbeuterisch mißbrauchen. So könnte der Eindruck entstehen, die psychotherapeutische Situation sei ein weitgehend gesellschafts- und machtfreier Raum, ein therapeutischer Raum, aus dem soziale Realität, Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse

des gesellschaftlichen Lebens ferngehalten sind. Macht bezeichnet in einem anthropologischen Sinne etwas, was der Mensch vermag, was er machen kann: die Fähigkeit, sich gegen fremde Kräfte durchzusetzen (Popitz 1992). Kant nannte Macht "ein Vermögen, welches großen Hindernissen überlegen ist". In dieser Allgemeinheit ist Macht eine für menschliches Handeln konstitutive Fähigkeit, die Fähigkeit zum Andersmachen der Welt.

Popitz (1992) nennt in seiner Arbeit über Phänomene der Macht mehrere anthropologisch nicht weiter reduzierbare Bedingungen für die Fähigkeit von Menschen, Macht auszuüben bzw. für die Gefahr, in Abhängigkeit zu geraten mit der Folge, Macht erdulden und erleiden zu müssen: der Umstand, daß Menschen andere Menschen verletzen und deshalb Macht ausüben können; daß sie anderen etwas nehmen und geben und dies umsetzen können in Drohungen und Versprechungen und damit Verhalten steuern; dies wird durch den Umstand begünstigt, daß Menschen vor anderen Menschen sowohl Angst haben wie von anderen Menschen etwas erhoffen; neben dieser äußeren Macht nennt Popitz jene Macht, die es nicht nötig hat, mit äußeren Drohungen und Hoffnungen zu operieren; sie wirkt als innere Kontrolle und erzeugt selbst dort noch Konformität, wo Handeln nicht kontrolliert werden kann; sie beruht, auf der Orientierungs- und Maßstabbedürftigkeit des Menschen; Anerkennung der Überlegenheit anderer als Maßstabsetzende und das Streben nach deren Anerkennung konstituieren die Autoritätsbeziehung.

Macht, Autorität und Abhängigkeit sind keine Eigenschaften, die einzelne Personen besitzen; es sind keine seelischen Dispositionen, die jemand mit sich herumträgt und die er irgendwann einmal, wenn die Umstände entsprechend sind, in die Tat umsetzt. Nicht ein Einzelner hat per se Macht. Macht bezeichnet ein Verhältnis von Menschen zu Menschen. Macht ohne den anderen gibt es ebenso wenig wie es Abhängigkeit in sozialer Abgeschiedenheit geben kann. Und auch Autorität verlangt nicht nur den, der sie vermeintlich besitzt, sondern davon untrennbar den, der Autorität zuerkennt, sie anerkennt und sich ihr unterwirft.

Ein Zeitgenosse Freuds, der Soziologe und Philosoph Georg Simmel schrieb 1907 in einem Aufsatz mit dem Titel "Soziologie der Über- und Unterordnung": "An dem Punkt ... hat nun ... der mehr oder weniger freiwillige Glaube des der Autorität Unterworfenen einzusetzen; denn jene Umsetzung wird von dem Autoritätsgläubigen selbst vollzogen, ist ein soziologisches Ereignis, das die spontane Mitwirkung auch des untergeordneten Elementes erfordert; ja, daß man eine Autorität als "erdrückend" empfindet, weist auf die eigentlich vorausgesetzte und nie ganz ausgeschaltete Selbständigkeit des andern hin" (S. 184).

Umgekehrt enthält jede zwischenmenschliche Beziehung das Potential von Macht und Abhängigkeit, und jede soziale Situation, in der Menschen miteinander zu tun haben, ob es sich um eine geschäftliche Beziehung oder um eine

Liebesbeziehung handelt, enthält ein potentielles Macht- und Abhängigkeitsgefälle und kann in eine Macht- und Abhängigkeitsbeziehung übergehen. Elias (1971) nennt Macht deshalb eine "Struktureigentümlichkeit" und somit eine alltägliche Erscheinung gesellschaftlicher Beziehungen, gleich ob Liebe, Arbeit, Spiel oder Lernen, und auch für Luhmann (1975) ist Macht ein Charakteristikum jeder sozialen Beziehung. Schon Balzac schrieb in seinem "Landarzt", daß "das Ziel jeder Macht die Selbsterhaltung" sei.

Phänomene von Macht und Abhängigkeit treten auch in therapeutischen Beziehungen in vielfältigen Ausgestaltungen in Erscheinung – von der fachlichen Autorität des Psychotherapeuten bis hin zum Abhängigkeitsbegehren von Patienten. Im folgenden sollen Macht und Abhängigkeit in der therapeutischen Beziehung in Zusammenhang mit der Frage untersucht werden, worin psychotherapeutische Kompetenz besteht.

Macht und Abhängigkeit in der Psychotherapie

Vor einiger Zeit meinte ein eloquenter Patient zu mir, ein Kollege, der mit seinen Beziehungen zu anderen Menschen einige Probleme hatte, weil andere ihn oft als außerordentlich bemächtigend erlebten, ohne daß er selbst das mit entsprechenden eigenen Tendenzen in Verbindung bringen konnte:

"Ich halte Sie für einen begnadeten Manipulateur. Ich glaube nicht, daß Sie mich tatsächlich manipulieren, aber Sie könnten das, wenn Sie wollten. Sie könnten Ehescheidungen inszenieren, ihre Klienten veranlassen, ihre Häuser zu verkaufen, sexuelle Beziehungen zu Ihren Patientinnen unterhalten, oder Ihre Patienten in den Selbstmord treiben. Ich glaube nicht, daß Sie irgend etwas davon tun würden, weil ich glaube, daß Sie ihr ärztliches Ethos hochhalten. Aber Sie könnten es, wenn Sie nur wollten. Im übrigen – so fuhr er dann fort – ist doch klar, daß hier in der Behandlung Sie es sind, der die Stunden bestimmt. Sie sind die Stimme aus dem Hintergrund. Sie lenken und Sie bestimmen, was hier geschieht und was nicht geschieht und wo es lang geht – durch Ihr Schweigen, durch Ihre Fragen, durch Ihre Kommentare und durch Ihre Deutungen. Hier haben Sie die Macht, auch wenn ich sicher bin, daß Sie Ihre Macht nicht mißbrauchen".

Und dann fügte er nach einem kurzen Zögern hinzu:

"jedenfalls 99 %ig sicher".

An seinen Vater erinnerte er sich als an eine bedrohlich mächtige Gestalt, und Autoritäten stand er höchst ambivalent gegenüber. Auf diesem Hintergrund hätte es nahegelegen, die Äußerungen des Patienten nur als Ausdruck einer Übertragung seines Vaterbildes auf mich zu verstehen. Aber ich fragte mich, ob der Kollege nicht jenseits aller Übertragungen zumindest mit seinen Hinweisen zur Machtverteilung in der therapeutischen Beziehung auch – wie überzeichnet auch immer – etwas über die therapeutische Situation ausgedrückt hatte.

Zeitgenössische Kritiker warfen Freud vor, daß Phänomene, die er in Verbindung mit der Behandlung seiner Patienten beschrieb, ihre Quelle nicht in deren unbewußtem Seelenleben hätten, sondern auf Freuds eigenen suggestiven Einfluß zurückzuführen waren. Um diesen Vorwurf zu entkräften, war es Freud darum zu tun, den aktiven Einfluß des Psychoanalytikers auf den Patienten so weit wie möglich zu reduzieren und suggestive Effekte möglichst auszuschalten. Deshalb versuchte er, sich dem Wahrnehmungs- und dem Feld der gemeinsamen Interaktion mit dem Patienten mehr und mehr zu entziehen und sich schließlich darauf zu beschränken, aufmerksam auf das zu hören, was seine Patienten in der Behandlung mehr oder weniger spontan berichteten, ohne dabei für seine Patienten sichtbar zu sein. Der Psychoanalytiker sollte in der Behandlung – so Freuds Empfehlung – anonym bleiben und Abstinenz und Neutralität wahren. Auf diese Weise sollte der Einfluß auf den Patienten minimiert werden, und das Material, die Daten, mit denen der Analytiker in der Therapie zu tun hatte, die Äußerungen des Patienten, würden auf diese Weise unverstellt und weitgehend unbeeinflußt von der Anwesenheit des Psychoanalytikers nichts anderes zeigen als seine unbewußten seelischen Regungen. In einer idealen Behandlungssituation würde der Psychotherapeut nicht mehr tun, als diesen Mitteilungen des Patienten, in denen sich unbewußtes seelisches Erleben Ausdruck verschafft, mit gleichschwebender Aufmerksamkeit zuzuhören, und durch Deutungen dem Patienten dieses unbewußte Erleben bewußt zu machen. So wäre der Psychotherapeut eine Art objektiver Beobachter des seelischen Zustandes seines Patienten, und seine Rolle und sein Einfluß würden sich dahingehend eingrenzen lassen, daß er die Wirklichkeit des unbewußten seelischen Erlebens seines Patienten als solche erkennt, sie aufdeckt, gemeinsam mit dem Patienten untersucht und sie mit Hilfe von Deutungen aus der Tiefe des Unbewußten auf die Höhe bewußten Erlebens befördert. Dazu war es geboten, daß der Psychotherapeut eine bestimmte Haltung einnimmt, die Freud mit anschaulichen Bildern und Metaphern verdeutlicht hat, z. B. mit dem Bild des Spiegels, das besagt, daß der Psychoanalytiker nichts anderes tut als seinem Patienten eine Spiegelplatte entgegenzuhalten, so daß dieser seine seelische Konflikthaftigkeit darin erkennt, wie sie tatsächlich ist. Ein anderes von Freud verwendetes Bild ist das des Telefonhörers, der nichts anderes auffängt als was der Patient ihm entgegenbringt. In anderem Zusammenhang hat

Freud die Tätigkeit des Psychoanalytikers mit der Tätigkeit eines Chirurgen verglichen, der sich darauf beschränkt, ohne jedes unangebrachte Mitleid krankes Gewebe zu beseitigen, wobei er als erlebendes Subjekt für seinen Patienten unerkennbar bleiben soll, damit das Material, das der Patient produziert, sein Wort, seine Einfälle, nicht durch das Zutun des Psychotherapeuten kontaminiert und verzerrt werden. Und Deutungen sollten nach Möglichkeit nichts anderes sein als Feststellungen, die dem Patienten sein für ihn selbst nicht erkennbares Erleben vor Augen führen, wahre Feststellungen über dessen unbewußte seelische Realität.

Obwohl die Auffassung vom Psychotherapeuten als objektivem Beobachter der seelischen Wirklichkeit des Patienten in dieser krassen Form kaum noch vertreten wird, gibt sie doch einige Grundzüge eines nach wie vor verbreiteten Verständnisses von Psychotherapie wieder. Danach ist der Psychotherapeut Fachmann für Prozesse und Strukturen, die sich im seelischen Binnenraum des Patienten abspielen, und seine spezifische Kompetenz besteht darin, daß er auf diese seelischen Binnenprozesse einwirken und sie mit seinen besonderen therapeutischen Mitteln verändern kann. Sein professionelles Wissen und sein fachliches Können versetzen ihn danach in die Lage zu erkennen, was in der Psyche anderer Menschen vor sich geht – "whats going on in the mind of the patient" – und wie seelische Prozesse tatsächlich funktionieren. Sein theoretisches und klinisches Wissen, seine Ausbildung, seine praktische Erfahrung und sein behandlingstechnisches Können würden ihn danach zu einem Experten für Vorgänge und Zustände machen, die als innerseelische Wirklichkeit dessen, den er untersucht und behandelt, so nachweisbar vorhanden sind und sich vollziehen. Der Psychotherapeut würde sich deshalb nicht grundsätzlich von anderen wissenschaftlichen Experten in anderen Sektoren der Medizin unterscheiden. Beide hätten danach mit Krankheiten zu tun, der Psychotherapeut statt mit körperlichen mit seelischen Krankheiten, die sich nur dadurch von anderen Krankheiten unterscheiden, daß sie auf nicht bewußte psychische statt auf biologische Prozesse zurückzuführen sind, deren biologische Substrate bislang noch weitgehend unbekannt sind. Da die Grundlagen seelischer Krankheiten somit nicht unmittelbar sinnlich erfahrbar sind, bedarf es zu ihrem Erkennen und zu ihrer Behandlung besonderer technischer Prozeduren und Hilfsmittel. Das alles wären jedoch nur graduelle, aber keine grundsätzlichen Unterschiede. Seine professionelle Kompetenz würde den Psychotherapeuten dieser Auffassung nach zu einem privilegierten Zugang zur innerseelischen Realität seines Patienten befähigen und dazu, diese innerseelische Realität zu verändern. Auch wenn sich diese Auffassung von Behandlung hier wie dort in der Medizin in manchen Besonderheiten unterscheidet, so sind sich beide im Grundsatz ähnlich: Es geht um die Behandlung von Krankheiten, und die Kompetenz des Fachmannes ist eine privilegierte,

wissenschaftlich und klinisch ausgewiesene Kompetenz, die zur Behandlung und damit Veränderung kranker Prozesse und Strukturen befähigt.

Diese Auffassung kann sich auf eine den Psychotherapeuten gesellschaftlich zugewiesene Funktion stützen. Psychotherapeuten sind Teil des wissenschaftlichen Expertentums im Sektor psychischer Gesundheit und Krankheit, und sie nehmen u.a. die Funktion eines gatekeepers an der Grenze von Gesundheit und Krankheit wahr. Ihnen wird die Macht zuerkannt zu definieren, was seelische Gesundheit und was seelische Krankheit ist (Keupp 1972). Allerdings können sie sich dabei nicht auf Wissen beziehen; das ähnlich gesichert wäre wie in der biologischen Medizin. Für die Ausübung dieser dem Psychotherapeuten gesellschaftlich zuerkannten Definitionsmacht gibt es keine selbstevidenten, gültigen Kriterien, die erlauben würden, seelische Gesundheit und seelische Krankheit anhand eindeutiger Indizien voneinander zu differenzieren. Psychotherapeuten selbst legen fest, worum es sich jeweils handelt. Auch zur Beantwortung der grundlegenden Frage, ob denn die Phänomene, die sie seelischen Zuständen und Strukturen zurechnen, überhaupt als Krankheiten anzusehen sind oder nicht, können sie sich nicht auf gesicherte Außenkriterien beziehen.

Das medizinische Modell bringt es mit sich, daß der Psychotherapeut als derjenige handeln kann, der über die Macht des wissenschaftlichen und klinischen Experten für seelische Krankheiten verfügt und über die Autorität therapeutischer Veränderungskompetenz; dem Patienten kommt darin der Part des Nicht-Wissenden, des Laien, des Abhängigen und des Sich-Anvertrauenden zu. Als Autor seines eigenen Erlebens und Handelns kommt er nur am Rande vor. Dadurch wird seine Abhängigkeit von dem vermeintlich überlegenen Wissen des Psychotherapeuten und dessen Autorität unterstützt, sein "sense of agency", sein Gefühl von Wirkmächtigkeit erscheint geschmälert. In Übereinstimmung damit und in Erwartung dieses überlegenen Wissens kommen manche Patienten, bereit sich in Abhängigkeit zu begeben, dann auch zur psychotherapeutischen Behandlung. Das medizinische Modell seelischer Krankheiten fördert diese Rollenverteilung nach dem Muster "Ich bin ok, Du bist krank".

Obwohl die meisten Psychotherapeuten heute ohne Zögern zugestehen, daß Psychotherapie ein Zwei-Personen-Geschehen ist und damit immer Interaktion, ein von beiden Beteiligten gemeinsam hervorgebrachtes Geschehen, sehen sie sich letztendlich doch weiterhin als Experten, die bei ihrer Arbeit kontrollieren und vorhersagen können, wie sie in ihrem Operationsfeld, dem Feld seelischer Strukturen und Prozesse, agieren und wie sie mit ihrer therapeutischen Kompetenz ganz bestimmte Wirkungen auf diese psychische Wirklichkeit erzielen können. Gregory Bateson hat in Auseinandersetzung mit dieser Auffassung – er bezog sich dabei auf Tendenzen in den Anfängen der Familientherapie – einmal von einem "Mythos der Macht" gesprochen (vgl. Hoffman 1996).

Das Modell von der überlegenen Kompetenz des Psychotherapeuten ist geeignet, Macht und Abhängigkeitsverhältnisse in der therapeutischen Beziehung festzuschreiben – nicht nur theoretisch, sondern praktisch. Solche Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse reflektieren dann nicht nur verinnerlichte Beziehungserfahrungen des Patienten; es sind keine seelischen Verhältnisse, die sich in der therapeutischen Situation nur als Ausdruck von Übertragungen und der Wiederholung infantiler Macht-Abhängigkeitsverhältnisse zeigen würden; es ist vielmehr die von einer solchen Auffassung gestützte ritualisierte Asymmetrie der therapeutischen Beziehung, durch die Abhängigkeit und Ohnmacht und Unterlegenheit des nicht-wissenden Kranken gefördert werden.

Die Vorstellung vom Psychotherapeuten als wissenschaftlichem Experten, der über ein überlegenes Wissen über seelische Strukturen und Prozesse verfügt und der aufgrund seiner spezifischen Kompetenz einen privilegierten Zugang dazu hat, spiegelt sich in ihren Folgen auch in Institutionen der Psychoanalyse und Psychotherapie wider, dort, wo dieses vermeintlich überlegene Wissen und das wissenschaftliche Expertentum organisiert, verwaltet und weitergegeben werden.

Wenn psychotherapeutisches Expertenwissen und -können überlegenes Wissen von seelischen Strukturen und Prozessen und von einem privilegierten Zugang dazu ist, dann ist nur verständlich, wenn Mitglieder der scientific community, die abweichende Ideen und Ansätze vertreten, diskreditiert werden. Sie verfügen dann eben nicht über das richtige Wissen und Können. Das ging zum Beispiel Bowlby so, der von der institutionalisierten Psychoanalyse abgelehnt und in die scientific community nicht aufgenommen wurde. Heute sind Bowlbys Arbeiten für die gesamte Bindungsforschung maßgebend. Sullivan hat gar nicht erst versucht, Mitglied in der psychoanalytischen Vereinigung zu werden. Heute erleben seine ideenreichen Arbeiten zu einer interpersonell begründeten Psychiatrie und Psychotherapie eine Renaissance. Gegenwärtig sind es u. a. die sog. Interpersonalisten, die vielfach als "unanalytisch" – was auch immer das heißen mag – disqualifiziert werden. Wer heute Mitglied in der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung werden möchte, muß offiziell Analysen mit einer Frequenz von mindestens vier Wochenstunden durchgeführt haben. Obwohl vierstündige Analysen allenfalls bei einer verschwindend kleinen Minderzahl von Patienten privilegierter sozialer Gruppen durchgeführt werden und für die Patientenversorgung irrelevant sind, werden sie von einer orthodoxen Psychoanalyse als das richtige Wissen und Können für "wirkliches" psychoanalytisches Expertentum deklariert. Tatsächlich gibt es weltweit keine fundierte Studie, die belegen würde, daß vierstündige Behandlungen bessere oder auch nur andere Wirkungen erzielen als beispielsweise dreistündige. Mitchell, ein renommierter New Yorker Psychoanalytiker, ging kürzlich sogar so weit, in einer angesehenen psychoanalytischen Fachzeitschrift zu behaupten, daß das politische

Management der Psychoanalyse von starken autoritären Zügen geprägt sei, die in ihren Ausmaßen gelegentlich stalinistisch anmuteten (Mitchell 1998).

In Ausbildungsinstitutionen schlagen sich Folgen dieser Auffassung in Formen institutionalisierter Macht und Abhängigkeit nieder: so gibt es für die Ausbildungsteilnehmer, die durchweg bereits ein akademisches Studium abgeschlossen haben und nicht selten über jahrelange Berufserfahrung verfügen, curricular organisierte Ausbildungsgänge, mehr oder weniger ritualisierte Prüfungsprozeduren, Literaturlisten, die meist höchst konservative Arbeiten empfehlen und die "richtigen" Theorien und das "richtige" Wissen repräsentieren sollen usw. Die für diese Politik der Ausbildungsinstitute Verantwortlichen handeln selbst in Abhängigkeit von Organisationen, denen die Institute angehören, und perpetuieren den Glauben daran, das psychoanalytisches Wissen ein "tieferes" und überlegenes Wissen über die menschliche Seele sei. Im Sinne dieser Auffassung entscheiden sie über die Eignung von Bewerbern zur Ausbildung und zu den Prüfungskolloquien. Die Ausbildungskandidaten schließlich identifizieren sich in ihren Lehr- und Kontrollanalysen wiederum mit diesen konservativen Auffassungen. Nicht zuletzt solche Umstände waren es, die Kernberg (1998) davon sprechen ließen, daß in der psychoanalytischen Ausbildung kreativer Geist eher ausgetrieben als gefördert würde.

Ohnmacht und Hilflosigkeit des Psychotherapeuten

Im klinischen Alltag sind wir oft alles andere als die mehr oder weniger mächtigen Experten, die ein überlegenes Wissen von der seelischen Wirklichkeit ihrer Patienten haben, und wenn wir auf manche Behandlungsverläufe zurückblicken, müssen wir erkennen, daß dieses Modell mit der Realität dessen, was geschehen ist, oft nicht viel zu tun hat.

Manche Patienten versetzen uns in Zustände von Ohnmacht und Hilflosigkeit, die schwer auszuhalten sind, z. B. Patienten mit traumatischen Erfahrungen oder Patienten mit schweren selbstschädigenden und masochistischen Verarbeitungen. Sie lassen uns unter Umständen geradezu körperlich spüren, wie wenig wir die Experten sind, die ihre seelische Binnenwelt mehr oder weniger objektiv beobachten und untersuchen und in einem Sinne behandeln, der als die Behandlung einer Krankheit angemessen beschrieben wäre.

Kasuistik 1

Frau B., 22 Jahre alt, wurde zur Behandlung in die Klinik überwiesen, weil sie sich sozial isoliert hatte, schwer depressiv war, tagelang wie mutistisch vor sich hin starrte, nicht aus dem Haus ging und suizidal wurde. Dieser Zustand veränderte sich auch während der stationären Behandlung nicht. Alle therapeutischen Bemühungen fruchteten nichts; die antidepressive Medikation zeigte keine Wirkung. Mit zunehmender Dauer der Therapie schien sich ihr Zustand eher zu verschlechtern als zu bessern. Mitpatienten bemühten sich um sie und das therapeutische Personal zeigte sich zunehmend besorgt. Und obwohl das Behandlungsvorgehen immer wieder neu überdacht wurde, verschlechterte sich Frau B.'s Zustand weiterhin. Sie wirkte düster und abweisend. In der Folge wurden die therapeutischen Bemühungen noch weiter intensiviert, das Pflegepersonal kümmerte sich mehr als üblich um die Patientin, Mitpatienten nahmen sich ihrer an – durchweg mit negativem Erfolg.

Frau B. war in einem sichtlich schlechten Zustand, und je offensichtlicher ihr schlechter Zustand war, desto mehr sah sich ihre Umgebung genötigt, sich noch mehr um sie zu bemühen. Je mehr das aber geschah, desto schlechter ging es ihr. Dennoch konnten die Menschen um Frau B. herum von ihren bedrängenden Bemühungen nicht ablassen. Sehr viel später konnte Frau B. schildern, wie sehr sie diese Bemühungen als Last empfunden hatte. Weil man sich so sehr um sie bemühte, fühlte sie sich verpflichtet, ihren schlechten Zustand verändern zu müssen, aber sie sah sich dazu außerstande, und so legten ihr die Bemühungen der anderen nur noch zusätzliche Bürden auf.

Sich ohnmächtig zu erleben und einflußlos zusehen zu müssen, wie ein Patient leidet und sich quält, ist für das therapeutische Personal in der stationären Psychotherapie und in der Psychiatrie meist schwer erträglich. Ohnmacht und Einflußlosigkeit werden gerne verleugnet und mit Hilfe therapeutischen Aktivismus beiseite gedrängt, der dann zumindest das Gefühl eigener therapeutischer Wirkmächtigkeit zurückgibt. Diagnostische Überlegungen können zu einem Mittel von Verleugnung werden. Trotz aller Anstrengungen können depressive Zustände, selbstschädigende Verhaltensweisen, sozialer Rückzug oder Suizidintendenzen zunehmen, was dann wiederum die therapeutischen Anstrengungen verstärkt, und so entwickelt sich allmählich ein um Macht-Abhängigkeitskonflikte zentrierter *circulus vitiosus* im Dienste wohlmeinender therapeutischer Absichten. Die Patienten, die dem Psychotherapeuten per Inszenierung unbewußt vor Augen führen, daß er ohnmächtig und wirkungslos ist, verstärken ihre Bemühungen, wenn er nicht in der Lage ist, seinen Zustand von Ohnmacht zu ertragen. Handelt es sich um Patienten mit traumatischen Erfahrungen, teilen sie dem Gegenüber auf diese Weise unter Umständen mit, was sie selbst einst erlitten

haben und was sie aushalten mußten. Gleichzeitig verwandeln sie auf diese Weise passiv Erhaltenes in Aktivität und versuchen so, einen "sense of agency", ein Gefühl von Wirkmächtigkeit auf dem Hintergrund schrecklicher traumatischer Ohnmachtserfahrungen wiederzuerlangen.

Deshalb ist es nur auf den ersten Blick paradox, daß sich ihr Zustand manchmal bessert, wenn der Psychotherapeut seinerseits hilflos und ohnmächtig ist. Vorausgesetzt, daß er diesen ohnmächtigen Zustand, den Umstand, nichts, aber auch gar nichts bewirken zu können, wirklich aushalten kann und er das nicht nur bekundet oder sich und dem Patienten rationalisierend vormacht, wenn er die Erfahrung, ohnmächtiger Zeuge von Unglück und Leid seines Patienten zu sein, dem er doch helfen soll und will, wenn er sich diesem schicksalhaften Zustand fügen und seine quälenden Gefühle aushalten kann, dann kann sich unter Umständen auch für den Patienten ein Ausweg aus der Macht-Ohnmachts- und Abhängigkeitsspirale eröffnen.

Kasuistik 2

Eine junge, auffallend hübsche Frau mußte nach einem schweren Suizidversuch stationär behandelt werden. Kaum aufgenommen, setzte sich fort, was zur Aufnahme geführt hatte, heftiges und manchmal dramatisches Agieren, impulsives Weglaufen, unkontrollierbare selbstschädigende Verhaltensweisen, ungesteuerte Affektdurchbrüche und immer wieder schwere suizidale Krisen. Sie war Opfer erschütternder gewalttätiger Erfahrungen und sexueller Übergriffe gewesen. Kaum 18 Jahre alt hatte sie einen Chirurgen gefunden, der ihrem Wunsch nach einer plastischen Operation ihrer Brüste nachgekommen war, und die Möglichkeit, er könne seine jugendliche Patientin damit schädigen, nicht einmal in Betracht gezogen hatte.

In der Behandlung verliebte Frau L. sich in mich, der ich etwa im Alter ihres Vaters war. Tatsächlich ging es nicht um Zärtlichkeit und erotisches Begehren, wohl aber beherrschte heftiges, drängend-bedrängendes Agieren die Szene. Anfangs wollte sie von mir wissen, ob ich mir vorstellen könnte, mit ihr eine sexuelle Beziehung einzugehen, und wie der Patient, von dem Sartre berichtet hatte, bedrängte sie mich immer unerbittlicher mit dieser Frage. Meine Bemühungen, mit ihr gemeinsam zu verstehen, worum es ihr wirklich gehen könnte, wies sie ebenso wie Deutungen ein ums andere Mal ab mit dem Hinweis, daß sie, welchen Sinn das auch immer habe, eine Antwort von mir verlange. Sie deutete mir umgekehrt meine Bemühungen als Versuch auszuweichen und nicht Farbe bekennen zu müssen, und ich merkte, daß sie damit Recht hatte. Schließlich begnügte sie sich nicht mehr damit, eine sexuelle Beziehung mit mir im Möglichkeitsraum der Therapie zu halten,

sondern sie stellte mich vor die Alternative, auf ihr Verlangen einzugehen, und falls ich das nicht täte, würde sie sich töten, weil das der Beweis wäre, daß sie nicht liebenswert und nicht attraktiv sei. Sie überrumpelte mich eines Tages mit der Ankündigung, daß sie sich jetzt ausziehen würde, und wenn ich dann nicht mit ihr schlafen würde, würde sie nackt nach draußen laufen und in der ganzen Klinik herumschreien, daß ich versucht hätte, sie zu vergewaltigen. Daß ich unter diesen Umständen bei aller Bedrängnis relativ ruhig bleiben konnte, hing wohl damit zusammen, daß ich zu keinem Zeitpunkt das Gefühl hatte, daß sich zwischen uns eine erotische Spannung aufgefächert hätte, und so konnte ich mir innerlich den Raum nehmen mir vorzustellen, wie es wohl für mich wäre, wenn sie ihre Ankündigung wahr machte. Ohne noch genau zu verstehen, welches imperative psychische Geschehen sich da erpresserisch Bahn brechen wollte, sagte ich zu der jungen Frau, daß sie mir wohl gefallen, ich aber nicht mit ihr schlafen würde; und wenn sie dann eine Situation meinte herbeiführen zu müssen, die andere glauben machte, ich hätte versucht, sie zu vergewaltigen, würde ich das auf mich nehmen und aushalten müssen, und ich wüßte nicht, in welche Lage ich dann geriete und daß mir das möglicherweise arg zusetzen, vielleicht sogar schwer schaden würde, aber ich würde nicht mit ihr schlafen. Ohne daß ich damals selbst verstanden hätte, weshalb die Patientin, ihre Ankündigung nicht wahr machte, hatte ich wohl etwas gesagt, was zu einer gewissen Beruhigung führte. Später, nachdem sie mich noch einige Male in ähnliche, wenn auch nicht ganz so drastische Situationen versetzt hatte, wurde allmählich verständlich, worum es ihr in Wirklichkeit ging: sie litt unter schweren Depersonalisationsgefühlen und unter dysmorphophoben Ängsten, derer sie sich zugleich schrecklich schämte, die sich auf ihre plastisch operierten, nach Idealmaßen geformten Brüste bezogen. Sie hatte das Gefühl, nicht zu ihr gehörige Fremdkörper an sich zu haben und kam sich vor, wie wenn Teile ihrer weiblichen Identität zerstört worden seien. Sie hatte den unbewußten, aus Schamgründen abgewehrten Wunsch, daß ich sie ansehe, und sie erhoffte sich, in meinem Blick die Bestätigung ihrer Weiblichkeit finden zu können, derer sie so unsicher war, aber sie hatte dies auf dem Hintergrund von Mißbrauchserfahrungen lange Zeit nur als Wunsch nach einer sexuellen Beziehung ausdrücken können. Im Angesehen-Werden durch mich würde sich ihre Weiblichkeit zur Integrität zusammenfügen können oder aber sich in ihrer Zerstörtheit bestätigen.

In dieser Situation hatte die Patientin Macht ausgeübt, und ich fühlte mich abhängig. Sie zeigte mir, wie es sein kann, wenn das eigene Schicksal in die Verfügungsgewalt eines ausbeuterischen anderen gerät. Ohne daß mich irgendein Expertenwissen dazu angeleitet hätte und ohne daß ich verstanden hätte, wie die Wirklichkeit der seelischen Binnenwelt bei dieser jungen Frau aussehen würde, ließ ich sie wissen, daß sie die Macht hätte, mich in eine schwierige Lage zu bringen und ich ihr in gewisser Weise ausgeliefert war. Möglicherweise war es diese Erkenntnis, die sie auf den Versuch der Exekution ihrer Macht verzichtete

ließ. Es schien so, daß sie ein Gefühl von Wirkmächtigkeit wiedererlangt hatte und daß sie damit in allerersten Ansätzen einen Ausweg aus einem Zustand fand, der sich auf dem Hintergrund schlimmer Erfahrungen eingestellt hatte, denen sie seinerzeit ohnmächtig ausgeliefert war. Sie ließ etwas geschehen, und das geschah auch. Sie hatte etwas zu einer – aus ihrer Sicht aktiven – Vollendung gebracht, was einst als passiv erlittene Erfahrung begonnen hatte. Diese Umkehr fand nicht symbolisch statt, nicht in Worten, sondern als faktisches Geschehen in einer Beziehung, nicht als irgendeine therapeutisch geplante Inszenierung, sondern als Ereignis, das sich jenseits aller therapeutischen Technik wie schicksalhaft abwickelte. Was zwischen uns geschehen war, war ein gemeinsames Handeln, eine gemeinsame Inszenierung, und ich als Therapeut vermochte manchmal kaum mehr, als mich – mit klar definierten Grenzen – dem Agieren der Patientin zur Verfügung zu stellen. Mein Verstehen war keineswegs ein Verstehen einer vorgängigen innerseelischen Wirklichkeit dieser Patientin, sondern war ein nachträgliches Verstehen dessen, was zwischen uns beiden aktuell wie auf einer Bühne als dramatische Inszenierung sich ereignet hatte, als Inszenierung, die ebenso von ihr wie von mir auf die Bühne des Behandlungszimmers gebracht worden war und für die wir erst im Nachhinein einen Sinn finden konnten. Solche korrigierenden emotionalen Erfahrungen können wir nicht aktiv-steuernd herbeiführen, sondern werden in sie involviert, soweit wir bereit sind, uns verlässlich und unter sicherer Wahrung schützender Grenzen dafür zur Verfügung zu stellen.

Psychotherapeutische Kompetenz

Die Auffassung, daß der Psychotherapeut über die Autorität eines Wissens verfügt, das ihm einen privilegierten Zugang zur seelischen Wirklichkeit seines Patienten als einer objektiv als solche vorhandenen und aufzudeckenden Realität erlaubt, ist einer Vorstellung verpflichtet, die mit derartigen therapeutischen Erfahrungen kaum in Einklang zu bringen ist, aber auch einer modernen Epistemologie zuwiderläuft. Weder hat der Psychotherapeut unmittelbaren Zugang zur seelischen Binnenwelt seiner Patienten, noch operiert er mit psychischen Strukturen und Dispositionen im Sinne behandelbarer Realitäten. Er ist deshalb auch nicht der – mehr oder weniger objektive – Beobachter der psychischen Wirklichkeit seiner Patienten. Indem er ihnen zuhört und sie beobachtet, ist er nicht Zeuge ihres Wortes und ihrer Erfahrungen, die sie ihm sprachlich und per Handeln mitteilen, und seine Interventionen drücken nicht einfach nur aus,

was er als seelische Wirklichkeit seiner Patienten erkannt hat. Struktur, Konflikt, unbewußtes Motiv oder Abwehr sind Schemata, mit denen Psychotherapeuten Erfahrungen ordnen, die der gemeinsamen Welt mit dem Patienten entstammen.

Wodurch zeichnet sich psychotherapeutische Kompetenz dann aber aus?

Im therapeutischen Prozeß steht dem Psychotherapeuten nicht psychische Realität gegenüber, die er dann behandelt, sondern was im Behandlungszimmer geschieht, ist eine "Verwicklung zweier minds", ist Interaktion, kommunikatives Geschehen zwischen dem Patienten und dem Psychotherapeuten. Was auch immer in der Therapie auf seiten des Patienten auftaucht, ist nicht unabhängig vom Einfluß des Therapeuten und umgekehrt. Deshalb hat es auch seinen guten Sinn, wenn wir – Winnicott paraphrasierend, der meinte, "there is no such thing as a baby, only a baby with mother" – behaupten, daß es in einer psychotherapeutischen Behandlung so etwas wie einen Patienten letztlich nicht gibt, sondern nur einen Patienten mit einem Psychotherapeuten (Ogden 1994). Beide üben nicht nur wechselseitig Einfluß aufeinander aus, sondern keiner von beiden kann etwas sagen oder tun, ohne damit zu beeinflussen, was der andere fühlt, sagt und tut. Deshalb ist der Psychotherapeut nicht einfach der, der die unbewußte seelische Realität seines Patienten erkennt und aufdeckt und auf dem Wege von Deutungen zur Sprache bringt, und seine Interventionen und seine Deutungen sind keine Feststellungen über etwas, das bei dem Patienten als seelische Wirklichkeit so der Fall ist. Das schmälert seine Kompetenz jedoch nicht. Psychotherapeutisches Wissen und Können manifestieren sich als Kompetenz, Erfahrungen, die im Behandlungsprozeß zur Sprache kommen, gemeinsam mit dem Patienten neu zu organisieren und neu zu strukturieren. Der Psychotherapeut deckt ein so schon vorher beim Patienten vorhandenes Unbewußtes nicht auf, sondern " ... die therapeutische Situation ist eine Welt von Patient und Psychotherapeut gemeinsam konstruierter Bedeutungen" (Hoffman 1991). Erfahrungen und Lebensgeschichte des Patienten werden im therapeutischen Prozeß nicht nur rekonstruiert, sondern Patient und Psychotherapeut bringen Sinn, Bedeutung und Geschichte in einer neuen, sinnvolleren, plausiblen, die Einheit des Lebens und Erlebens wiederherstellenden Weise neu hervor.

Was der Patient äußert, ist deshalb kein Signal für etwas ganz bestimmtes anderes, für ein in mehr oder weniger unergründlicher Tiefe ruhendes Seelisches, das dadurch nur angezeigt würde. Die Worte des Patienten sind kein "Dokument

von ..." etwas, für das sie nur stellvertretend stehen würden. Im Austausch von Worten, diesem wechselseitigen Handeln und Sich-Behandeln im therapeutischen Dialog bekommen die Erfahrungen des Patienten einen neuen Sinn und neue Bedeutungen. Der Psychotherapeut fördert diese unbewußten Bedeutungen nicht zutage, sondern er stellt sie als deren Co-Produzent mit her. Er kleidet mit seinen Interventionen seelische Realität nicht einfach nur in Worte, sondern was Patient und Psychotherapeut miteinander untersuchen und besprechen, konstituiert die psychische Wirklichkeit des Patienten als gemeinsame sinnvolle Hervorbringung.

Das führt zu einer anderen Auffassung von psychotherapeutischer Kompetenz: der Psychotherapeut ist jetzt ein Fachmann, der Erfahrungen, die ihm der Patient berichtet, in einem anderen Licht sehen kann. Er stellt neue Zusammenhänge her und knüpft andere Verbindungen. Er bezieht Erfahrungsbereiche aufeinander, die bislang unverbunden nebeneinander gestanden haben. Er erkennt Einheiten in lebensgeschichtlichen Ereignissen, die bis dahin zerrissen waren, und er vermag sie plausibel und sinnvoll aufeinander zu beziehen. Er ist in der Lage, Kontinuität zu sehen, wo der Patient nur Diskontinuität erleidet. Ihm stellt sich als Sinn dar, was dem Patienten längst sinnlos erscheint. Er erkennt Bedeutung, wo der Patient Entfremdung unterliegt. Und er sieht in Erzählungen vom Leben sinnvolle und notwendige Entwicklungen, wo es bislang nur Brüche gab. Psychotherapeutische Kompetenz verbindet Vergangenheit und Gegenwart, unbewußte und bewußte Erfahrungen, Erleben und Handeln, Wiederholungen und Neuerfahrungen. Hier ist psychotherapeutische Kompetenz – mit anderen Worten – die Kompetenz, Erfahrungen neu zu organisieren und Erleben neu zu strukturieren. Der Psychotherapeut ist nicht Fachmann für die Aufdeckung und Behandlung einer kranken seelischen Realität des Patienten, sondern er ist Fachmann dafür, gemeinsam im Dialog mit dem Patienten neue Bedeutungen und Bedeutungszusammenhänge für Erfahrungen des Patienten zu entwickeln.

Fazit

Der Psychotherapeut hat nicht per se Macht und Autorität. Macht und Autorität sind ein Produkt seiner Teilnahme an der Behandlung. Er hat zumal keine Autorität höheren und privilegierten Wissens. Er verfügt nicht über ein wirklichkeitsgerechteres Wissen davon, was in der unbewußten Seele seines Patienten wie vor sich geht. Nicht überlegenes Wissen zeichnet ihn aus, sondern Autorität in einer reziproken, gleichberechtigten Beziehung, die sich in einem Prozeß kooperativer Konstruktion und Rekonstruktion von Erfahrungen des Patienten

realisiert. Diese Erfahrungen werden in neue Verbindungen eingebettet, Vergangenheit und Gegenwart in sinnvollen Zusammenhängen verbunden, Abgespaltenes in die Lebensgeschichte zurückgeholt und Brüche in den Erzählungen des Lebens repariert. Die Autorität des Psychotherapeuten erweist sich dabei als die Autorität eines Teilnehmers an einem Sinn stiftenden, die Erfahrung des Patienten in einen neuen Bedeutungsrahmen fassenden Dialog. Erfahrung wird im Verlauf dieses Prozesses eingegossen in eine neue Beziehungsmatrix und kann dadurch Bedeutungen gewinnen, die sie vorher nicht gehabt hat. Der Psychotherapeut bietet sinnvolle und nützliche Konstruktionen und Neukonstruktionen an, und die Erfahrungen seines Patienten sind dann von veränderten Kontexten und neuen Bedeutungszusammenhängen umrahmt und werden dadurch etwas Neues. Macht und Autorität von Psychotherapeuten leiten sich – kurz gesagt – nicht daraus ab, daß sie Wissen von seelischen Krankheiten und deren Behandlung haben, sondern erweist sich darin, daß sie etwas von Sinn und Bedeutung menschlicher Erfahrungen verstehen.

Literatur

- Elias N (1971) Was ist Soziologie? In: Claessens D (Hrsg) Grundfragen der Soziologie. München
- Hoffman IZ (1991) Toward a Social-Constructivist View of the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalytic Dialogues* 1: 74-105
- Hoffman IZ (1996) The intimate and ironic authority of the psychoanalyst's presence. *Psychoanal Q* LXV: 102-136
- Kernberg OF (1998) Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. *Psyche* 52: 199-213
- Keupp H (1972) Sind psychische Störungen Krankheiten? Einführung in eine Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München Berlin Wien, S 1-43
- Luhmann N (1975) Macht. Enke, Stuttgart
- Mitchell SA (1998) The analyst's knowledge and authority. *Psychoanal Q* LXVII: 1-31
- Ogden TH (1994) The Concept of Interpretive Action. *Psychoanal Q* LXIII: 219-245
- Popitz H (1992) Phänomene der Macht. JCB Mohr (Paul Siebeck), Tübingen
- Sartre JP (1969) Der Narr mit dem Tonband oder Die psychoanalytisierte Psychoanalyse. *Neues Forum* XVI: 705-709
- Taureck B (1983) Die Zukunft der Macht. Ein philosophisch-politischer Essay. Würzburg
- Todorov T (1998) Abenteuer des Zusammenlebens. Versuch einer allgemeinen Anthropologie. Fischer. Frankfurt aM

Abhängigkeit und Macht in der psychotherapeutischen Ausbildung

Editha Ferchland-Malzahn

Ich gehöre zum Ausbildungs-Establishment. Ich bin seit 20 Jahren in der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Ausbildung tätig, habe vorher selbst eine psychoanalytische-psychotherapeutische Ausbildung gemacht; ich habe im Unterschied zu vielen meiner Kollegen zweimal das Institut gewechselt - einmal während meiner Ausbildung und einmal nach Abschluß der Ausbildung. Diese Wechsel waren nicht durch die Besonderheiten des Instituts, sondern in persönlichen und beruflichen Faktoren begründet. Ich habe eine "Bindung" an Ausbildungserfahrungen, die ich nicht missen möchte und werde heute versuchen, Ihnen meinen Standpunkt darzustellen, der in der Sprache eines kritischen Analytikers - nicht revolutionär, eher reformerisch, ist.

Ich plädiere für Reformen, habe selbst in einer überregionalen Arbeitsgruppe an der Gestaltung des Psychotherapeutengesetzes mitgearbeitet, bin also verstrickt und politisch schuldig geworden, weil die Situation des PTG uns das vorher paradiesisch erscheinende Leben genommen zu haben scheint. Paradiesisch und avantgardistisch war das Psychotherapeutenleben vor etwa 30 Jahren zu Beginn meiner eigenen Ausbildung. Wir scheuen uns jedoch heute, eine Realität zur Kenntnis zu nehmen: daß es einen ungeheuren Aufbruch psychotherapeutischer Aktivitäten gibt. Zur Zeit ist eines der Fächer mit dem höchsten NC das Psychologie-Studium. Die Psychotherapeutendichte hat so zugenommen, daß verschiedene Regionen in den westlichen Bundesländern damit rechnen, daß die kasernenärztlichen Vereinigungen den Bedarf an Psychotherapeuten als ausreichend definieren werden.

Psychoanalyse - eine Entdeckung unseres Jahrhunderts - hat zu einer vielfältigen psychotherapeutischen Landschaft geführt. Die angestrebten und hoffnungsvollen Entwicklungen kehren sich jedoch um: ärztliche und psychologische Psychotherapeuten fürchten um ihre Existenz. Haben wir nun die Situation des Zau-

berlehrlings, an der wir alle mitgearbeitet haben? Die Geister, die wir riefen, werden wir nun nicht mehr los? Fressen die Kinder und Pflegekinder (ich meine damit die Erstattungspsychologen) uns nun auf? Ich glaube, die schwierige berufliche Situation hat damit zu tun, daß es so unterschiedliche Interessen in der Psychotherapeutenzene gibt - und daß die staatlichen Gremien gerufen wurden, damit bestimmte Gruppen einen gesicherten Platz in der Gesundheitsversorgung bekamen. Kurz vor der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes wird deutlich, daß manche Privilegien zusammenbrechen, daß Gesetze harte Linien ziehen, die auch Ungerechtigkeiten bedeuten.

Die Professionalisierung

Psychotherapie ist zu einem Beruf geworden (Körner 1995). Vor zwei Jahren ist ein gesonderter Band zu diesem Thema schon in Lindau entstanden (Jansen et al. 1997). Darin ist nachzulesen und nachzuvollziehen, daß es zwar keine einheitlichen Wege gibt, diesen Beruf zu erlernen, aber doch eine Sammlung von Erfahrungen, von Überlegungen und Untersuchungen. Beginnend mit den ersten Berichten über psychotherapeutische Behandlungen ist die Psychotherapie etwa 100 Jahre alt. Es begann mit der Psychoanalyse, die schon in den 20er Jahren Ausbildungsinstitute organisiert hat, aber doch für Ärzte und andere Berufsgruppen eine seltene Tätigkeit blieb. Erste Verknüpfungen mit politischen und gesellschaftlichen Phänomenen gab es in der Bereitschaft der Mitarbeit von Psychotherapeuten bei der Behandlung von Kriegsneurosen im 1. Weltkrieg. An diesem Beispiel ist deutlich geworden, daß es ein höchst fragwürdiges und widersprüchliches Unternehmen sein kann, wenn Psychotherapeuten sich in den Dienst gesellschaftlicher, vielleicht auch politischer Interessen einbinden lassen. Ein Verbot der Psychoanalyse und eine Rückdefinition auf die Psychotherapie war ein Charakteristikum der nationalsozialistischen Ära, die Wiederherstellung bzw. Neugründung der psychoanalytischen Gesellschaften mit unterschiedlichen internationalen Anbindungen ein Charakteristikum der Nachkriegszeit. Die Auseinandersetzung hierüber und die Folgen beschäftigen die Gesellschaften bis heute. 1949 wurde eine Gesellschaft aller psychoanalytisch begründeten Verfahren konstituiert (DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie), die bis heute den größten Teil der Institute einbindet, die eine tiefenpsychologische und psychoanalytische Ausbildung vermitteln. 1967 wurde Psychotherapie erstmalig in den gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassen. In der Zeit nach dem Krieg etablierte sich

ein neues Verfahren v. a. durch psychologische Hochschulinstitute, die Verhaltenstherapie wurde 1987 als Richtlinienverfahren eingeführt. Die psychotherapeutische Gemeinschaft hat von dieser Kassenanbindung gelebt – die letzte Stufe ist nun die gesetzlich-staatliche Verankerung der Ausbildungen durch das Psychotherapeutengesetz und der Facharzt für psychotherapeutische Medizin und schließlich auch die Einbindung von Psychotherapie in die psychiatrische Facharztausbildung. Es gibt in der Bundesrepublik gesicherte und kontrollierte Zugangswege zu der Tätigkeit und der Arbeit als PsychotherapeutIn. Psychotherapeuten sind in ein staatliches und gesellschaftliches Gesundheitssystem eingebunden. Diese Arbeit ist kontrolliert und geschützt. Eine Privatperson, die meint, daß sie gut zuhören und Ratschläge geben könne, darf sich öffentlich nicht "Psychotherapeut" nennen.

Wir haben Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, die Ausbildungsinhalte sind im wesentlichen festgelegt, die Ausbildungsbereiche (Praktika, Theorie, praktische Tätigkeit – also Behandlungen und Selbsterfahrung) sind in allen Ausbildungen vorgeschrieben: für Ärzte und Psychologen durch die Facharztausbildung und das PTG, für pädagogische Vorberufe im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenausbildung ebenfalls durch das PTG. Die Ausbildungslandschaft wird dadurch verändert. Rückblickend möchte ich nun auf die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte mit der Ausbildung kommen, die uns vielleicht deutlich gemacht haben, daß ein auf Emanzipation zielender Arbeitsbereich wie die Psychotherapie einen alten Menschheitstraum nicht erfüllt: wer in seinem Bemühen darauf hinarbeitet, Menschen von Krankheit, Leid und falschen Bindungen zu befreien, ist nicht schon von per se unabhängig. Er kann das Garantiesiegel kreativ und gesund nicht selbstverständlich beanspruchen. Wir müssen uns Vertrauen, Kompetenz und Überzeugungen immer wieder erarbeiten.

Persönlichkeitsbildung und Kompetenzerwerb

Jede Ausbildung konstellierte Machtverhältnisse

Der Auszubildende ist uninformiert, unerfahren, der Ausbilder ist in der Regel informiert und erfahren. Der Erwerb von Information und Erfahrung ist in allen Ausbildungen mit Anstrengung, Enttäuschung, Ohnmachtsgefühlen, Ängsten, Kränkungen, Entbehrungen, aber auch mit Fortschritten, Kompetenzzugewinn, Freude, Triumph und der Bestätigung dieser Anstrengungen verbunden. Solche Gefühle erlebt ein Lehrling, aber auch ein Hochschüler in der Ausbildung – eben auch Auszubildende in der Psychotherapie.

Die Tatsache, daß psychotherapeutische Ausbildung die Verbesserung der seelischen Situation anstrebt, bedeutet also nicht, daß einem Auszubildenden in Psychotherapie diese Gefühle erspart bleiben. Sie sorgt dafür, daß wir kompetenter werden, manchmal auch reifer; wir werden jedoch keine besseren Menschen. Und wenn ich das so betone, sage ich auch etwas über mich. Ich glaube mich erinnern zu können, daß ich insgeheim durch die Ausbildung hoffte, ein besserer Mensch zu werden.

Im Volksmund wird seit alters her den Werte vermittelnden Berufen keine besonders erzieherische Kompetenz bescheinigt: Lehrers Kinder oder Pfarrers Kinder/Müllers Vieh gedeihen selten oder nie.

Ähnliche Enttäuschungen haben Feststellungen hervorgerufen, die zeigen, daß Psychotherapeuten oft nicht so gut mit ihrem Leben fertig werden, sich häufiger scheiden lassen, auch psychisch krank werden, in beruflichen Situationen versagen, sich mit Kollegen nicht verständigen können. Der Beruf, der in seinem Ausbildungsgang auch Lebenshilfe sein könnte, ist also keine Garantie für eine gelungene Lebensgestaltung. Und wichtig ist: Dieser Beruf hat mit ganz persönlichen Erfahrungen und Leiden der Patienten zu tun. Die Anfänge der Psychotherapie-Ausbildung sind dadurch gekennzeichnet, daß mit der Ausbildung in diesem Beruf auch schon die Idee der Selbsterfahrung verbunden war. Die ersten Formen der Selbsterfahrung waren sehr gelegentlich – zum Beispiel im Spaziergehen – berichtet Freud (Bernfeld 1984). Das Verfahren der Selbsterfahrung – genannt Lehranalyse – nahm dann eine Entwicklung, die in den letzten 15 Jahren am heftigsten kritisiert wurde. Die Ausbildungsanalysen wurden immer länger (Balint 1966; Thomä 1991), die Ausgebildeten erreichten nicht den Grad der Emanzipation, den man sich erhofft hatte – und schließlich fiel auf (Kernberg 1998), daß das Klima der Ausbildungsinstitute wenig kreativitätsfördernd ist. Dennoch scheint mir nicht erstaunlich zu sein, daß gerade dieser Teil der Ausbildung so in die Kritik gekommen ist. Verknüpft er doch am stärksten und eindrucklichsten die Probleme der Ausbildung, daß nämlich im Erlernen und Verstehen der psychischen Prozesse objektive und subjektive Wahrnehmungen schwer voneinander zu trennen sind, die Verstrickungen immens sind.

Der Geniestreich der Lehranalyse bildet auch gleichzeitig ihre Crux. Die Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil enthält die größten Gefahren und kann in pathologischer Form abhängig machen. Mit Skepsis und Abscheu kommentierte Selbstberichte klagen an:

- mehrere Analysen, um arbeitsfähig und zufrieden sein zu können (Moser 1974, Miller 1979; Kaiser 1996),
- eine gescheiterte Analyse, weil es keine Verständigung gab (Drigalski 1979),

- Berichte über sexuellen Mißbrauch von ausgebildeten Psychotherapeuten (Anonyma 1988), nicht ganz seltene Ereignisse, wenn Sie die bundesrepublikanisch erfaßten Zahlen bei Fischer und Fischer-Becker (1996) nachlesen,
- schließlich gibt es auch beschriebene Lebenskrisen von ausgebildeten und langfristig aktiven Psychotherapeuten (Junker 1993; Kuiper 1991).

Nach Jahren des Erschreckens über solche Beispiele, die sicher nicht die einzigen sind, gewinne ich eine neue Perspektive. Ich lerne zu schätzen, daß es solche Berichte gibt, die uns Fehler sehr deutlich vor Augen führen. Ich finde es selbstschützend, wenn andere psychotherapeutische Richtungen mit dem Finger auf die Psychoanalytiker zeigen (Grawe et al. 1994), in den anderen psychotherapeutischen Richtungen anscheinend solche Fehler nicht vorkommen. Hinzu kommt, daß die weniger auf Bindung angelegten Verhaltenstherapien bewirken, daß ihre Vertreter oft naturbelassener sind, in den politischen Gremien oft durchsetzungsfähiger, aber in ihren therapeutischen Konzepten häufig naiver und kurzatmiger.

Die Entwicklung der psychotherapeutischen Standards waren häufig mit stark idealisierten Vorstellungen belastet. Immer wieder wurde die kulturkritische Anfangszeit beschworen. Mit der stark ausbildungsgeprägten und krankenkassenverbundenen Zentrierung wurde deutlich, daß psychoanalytische Psychotherapeuten in der Sprache Freuds das Volk behandeln können; es wurden aber auch kulturkritische Funktionen preisgegeben – diese Psychotherapeuten konnten den Elfenbeinturm verlassen; es wurden aber auch Mittelmäßigkeit und Fehlerhaftigkeit sichtbar. Das beschreibt eine desillusionierende Entwicklung, die auch *entmacht*.

Hoffnungen und Idealisierungen haben der Psychoanalyse ursprünglich eine ungeheure Macht verliehen. Aber diese hat einen Absturz ins Pragmatische erlebt. Cremerius (1995) beschreibt, daß die Verstricktheit der Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft verhindert hat, daß eine Klärung der Positionen von Psychotherapie und Psychoanalyse und die Beziehung dieser beiden Bereiche zueinander vorgenommen werden konnte. Die Realität hat die Ordnungsversuche überrollt. Wie wir aus einer Erhebung von 1988 wissen (Prognos-Studie, Schmidt 1988), behandelt der allergrößte Teil der psychoanalytischen Psychotherapeuten Patienten mit drei oder weniger Wochenstunden. Der überwiegende Teil der Krankenkassenanträge im Gutachterverfahren wird durch die tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie besetzt. Psychoanalyse braucht auch psychotherapeutische Erfahrung. Aber tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie braucht immer wieder psychoanalytische Konzepte; beispielsweise sind Borderline-Behandlungen und die Behandlung narzißtischer Störungen aus psychoanalytischen Grundkonzepten entwickelt worden.

Die Abhängigkeit der Auszubildenden

Es ist einleuchtend, daß die Ausbildung der Kompetenz, Patienten zu behandeln, zwangsläufig damit verbunden ist, daß Behandler sich selbst besser kennenlernen und daß auf diese Weise die Entwicklung vielfältiger Fähigkeiten erforderlich ist.

In den Anfängen der psychotherapeutischen Ausbildung wurden die verschiedenen Rollen der Ausbilder kontaminiert, z. B. die des Supervisors und des Lehranalytikers. Lehranalytiker berichteten über den Stand ihrer Kandidaten und nahmen auf diese Weise auf den Fortgang der Ausbildung Einfluß – eine ohnmächtige Position für den Kandidaten oder die Kandidatin, deren persönlicher Entwicklungsprozeß nicht geschützt war. Aber selbst in Instituten, in denen das Non-Reporting-System¹ vereinbart wurde, waren die Phantasien und die Ängste der Auszubildenden doch damit beschäftigt, daß Informationen latent oder indirekt weitergegeben werden könnten. In einer Forumsdiskussion der letzten Woche wurde ein vielsagendes Beispiel für diese Konfliktkonstellation diskutiert. In den achtziger Jahren gab es eine heftige Debatte darüber, ob Homosexuelle eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren können. Der Hintergrund dieser Frage war, daß die Homosexualität als Perversion, als Pathologie verstanden wurde. Eine Diskussionsteilnehmerin berichtete, daß eine Auszubildende das Problem in der Befürchtung, nicht Psychotherapeutin werden zu können, sich hierüber ausschweigt: eine unhaltbare und dem Ausbildungsziel zutiefst widersprechende Situation. Für meine Vorstellungen haben Ausbildungseinrichtungen hier eine Pflicht zur Aufklärung. Sie müssen ihren Standpunkt bekanntgeben. Inzwischen gibt es Institute in der Bundesrepublik, die homosexuelle Bewerber aufnehmen. Auch hier sind pragmatische Entscheidungen und gesellschaftliche Entwicklungen über diagnostische Konzepte hinweggegangen.

In einer Monographie berichtet ein heute aktiver Psychoanalytiker (Kaiser 1996) unter dem Titel "Grenzverletzung" über das Muster eines Ausbildungsinstituts, das eine ganze Generation von Auszubildenden beeinflusst hat. In diesem Institut galt, daß nicht die Bewerber ihre Lehranalytiker aussuchen, sondern das Institut bzw. die Gremien die Wahl nahelegen. Erschwerend kam hinzu, daß der Leiter des Instituts auffällig häufig Kandidaten seiner Ehefrau zuwies. Das ist eine Praxis, die sicherlich vielen von Ihnen ungeläufig ist, die aber auch Auszubildende mitgemacht haben – und eben Ausbilder-Kollegen auch. Noch deutlicher wird aber die Anfangsvereinbarung zu einer Art Probe-Analyse mit folgenden Worten: "Sie kommen pünktlich, geben Sie mir Ihren aufgeschriebenen Traum, legen sich unaufgefordert auf die Couch, erzählen ihren Traum und die Einfälle dazu, schlafen nicht ein und stehen nicht auf, bis ich die

¹ Non Reporting: aus dem Prozeß der Lehranalyse wird weder inhaltlich, noch formal berichtet.

Stunde beende.“ Der Autor kommentiert, das sei eine Orientierung gewesen. Gleichzeitig habe er Unbehagen, Unruhe und Niedergeschlagenheit empfunden. Vielleicht wäre auch Empörung denkbar gewesen, weil alle diese Empfehlungen aus psychoanalytischer Perspektive interessant sind, jedoch kein Gebot sein können. Ich behaupte nun aber, daß die Veröffentlichung solcher Erfahrungen unwahrscheinlicher macht, daß sich solche Situationen wiederholen, daß Kollegen und Ausbildungswillige besser gewarnt sind. Es ist möglich, daß ein Bewerber sich einen "falschen" Lehranalytiker aussucht: unser Ausbildungssystem und unsere Ethik sollte einem Bewerber zumuten, daß er seine Wahl trifft und sich damit auch auseinandersetzen kann. Wir stellen uns persönlich entwickelte Ich-Stärke vor, an der wir mit unseren Kandidaten arbeiten, aber es gibt auch einen Interaktionsstil, der Auszubildenden Mitsprache und Mitbestimmung als eine Möglichkeit anbietet, gewissermaßen eine soziale Stärkung. Auszubildende sind aktiver und mutiger geworden. Sie haben sich in den Instituten, in den Gremien und in den Fachgesellschaften zu Wort gemeldet und wollen an Entscheidungen beteiligt werden.

Auszubildende und Ausbilder müssen jeweils in der Ausbildung lernen, in unterschiedlichen Ebenen zu denken und zu arbeiten. Die Ebene der theoretischen Diskussion, die Ebene der Falldiskussionen, die gewöhnlich in einem sozialen Rahmen stattfinden und schließlich die Ebene der Selbsterfahrung, die schwergewichtig eher in einer dualen oder auch in einer Gruppensituation stattfindet.

In diesem Sinne müssen wir sicherlich verschiedene Ebenen des Machtgebrauchs unterscheiden:

- den groben Machtmißbrauch, wie soeben dargestellt,
- den Machtgebrauch, der davon ausgeht, daß die Ausbilder mehr wissen und mehr Erfahrungen haben,
- subtile Grenzverletzungen, die unachtsam oder unwissend verursacht werden und doch mit der phantasierten Macht zu tun haben.

Gegen den groben Machtmißbrauch sollten die Ausbildungseinrichtungen Schutzmaßnahmen ergreifen. In unserem Institut gibt es Vertrauensanalytiker, in diesem kleinen Gremium arbeitet eine Kandidatin mit. Die Fachgesellschaften beginnen ihrerseits Gremien einzurichten und ethische Standards zu erarbeiten (so auch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie).

Probleme, Ängste und Mißverständnisse, die im Rahmen eines normalen Machtgebrauchs entstehen, sollten in einem möglichst offenen Klima angesprochen werden. Ich finde es persönlich didaktisch von höherem Wert kasuistisch-

technische Seminare mit zwei Kollegen-Supervisoren zu veranstalten. Die Auszubildenden sind regelmäßig erleichtert, wenn die beiden Ausbildungsanalytiker unterschiedlicher Meinung sind. Das bedeutet, daß in der Ausbildungssituation ständig Ängste präsent sind. Ein Symptom für eine hohe Angstschwelle sind geschönte Behandlungsberichte.

Ein wichtiges Kapitel sind wahrscheinlich die subtilen Grenzverletzungen, die in der Regel durch Unwissenheit und Unachtsamkeit hervorgerufen werden. Verursacht sind sie auch durch unterschiedliche Perspektiven der Beteiligten. Vor kurzem schrieb eine Teilnehmerin eines Seminars einem Kollegen und mir einen Brief, in dem sie einklagt, daß sie sich bei einem vorgestellten Fall nicht genügend geschützt gefühlt hat. Wir haben zu dritt darüber gesprochen. Ich halte es für möglich, daß solche Situationen nicht immer zur Zufriedenheit aller Beteiligten gelöst werden, solche Rückmeldungen dennoch ihren Platz haben sollten. Vielleicht könnte eine weitere Sicherungsmaßnahme darin bestehen, daß jedes Institut sich einen kompetenten Supervisor sucht. Daß solche Hilfsinstrumente gelegentlich nur schwer einzusetzen sind, habe ich in einer Konfliktsituation meines Instituts gelernt. Es waren viele Kränkungen und Enttäuschungen vorausgegangen, als betroffene Ausbilder einen vorgeschlagenen Supervisor nicht akzeptiert haben.

An dieser Stelle habe ich schon einmal ein Beispiel zitiert, das vielleicht durch Ängste einer Kandidatin, aber auch durch Selbstgerechtigkeit bei Institutsentscheidungen zustande gekommen ist. Eine Auszubildende machte bei einem erfahrenen Therapeuten eines Instituts eine Analyse. Dieser Kollege war kein Lehranalytiker. Die Kollegin in Ausbildung ging nach Aufforderung des Weiterbildungsausschusses zu einem anerkannten Kollegen, der eine Lehranalytikerfunktion hatte. Diese Selbsterfahrung hat sie als "Retraumatisierung" erlebt. Das Institut hat von diesem inneren Erleben und dessen Einschätzung nichts erfahren. Zugegebenermaßen gibt es für solche Erfahrungen keine Rezepte, aber doch vielleicht Wege zu reformerischen Ansätzen, zu mehr Offenheit.

Die Abhängigkeit der Ausbilder

Es ist möglich, daß Sie diese Perspektive ungewöhnlich finden, aber ich wollte auch diese Seite beleuchten. Ausbilder sind meist in verschiedenen Funktionen tätig. Sie sind Dozenten, Supervisoren und manchmal auch noch Lehranalytiker. Es ist kränkend, vielleicht auch beschämend, wenn Seminare eines Dozenten von Teilnehmern nicht besucht werden. Wenn ausgebildete Kollegen sich nicht für

die Hintergründe dieser Situation interessieren, kann das zu einem lähmenden Rückzug führen.

Ich hatte vor vielen Jahren einen Dissenz mit einer Kollegin in einem Seminar; wir hatten diesen nicht geklärt und ausdiskutiert. Ich bekam einen Brief der Kollegin, der an die Seminarteilnehmer gerichtet war und eine neue, mich übergehende Lösung festlegte. Ich fühlte mich gelähmt und machtlos, meinen Standpunkt mitzuteilen. Von einer Ausbildungskandidatin auf diese Situation angesprochen, mußte ich mich verweigern, weil ich so betroffen war. Ich bin sicher, daß Kollegen, die als Supervisor und Lehranalytiker sehr gefragt sind, das als Bestätigung – und das mit Befriedigung erleben. Kollegen, die als Supervisoren oder Lehranalytiker weniger gefragt sind, schweigen darüber. Diese Unterschiede innerhalb des Instituts zeigen familiäre Strukturen, sie sind aber auch mit eben solchen Gefühlen verbunden. Es gehört eher zu den verschwiegenen Kapiteln der Ausbildungsinstitute. Psychoanalytiker und Psychotherapeuten unterscheiden sich da in keiner Weise von anderen Berufsgruppen.

In den letzten Jahren gab es die Vereinbarung (DGPT-Standards), daß die Selbsterfahrungsprozesse zwischen dem Ausbilder und dem Ausgebildeten persönlich vereinbart werden. Es gibt die Geschichte eines Lehranalyseschlusses, in dem sich der in Ausbildung Befindliche verabschiedete mit der triumphierenden Feststellung: "Ich höre jetzt auf, und sie können nichts dagegen tun." Den Ausbilder hat das in Spannung und Verzweiflung gestürzt. Er war durch das Non-Reporting-System gebunden. Die Kritik an der psychotherapeutischen Ausbildung und an den Ausbildern ist konkreter geworden. Die Enttäuschung hatte solch ein Wucht entwickelt, daß einige Stimmen dafür plädierten, Selbsterfahrungsprozesse und Behandlungskompetenzen nicht mehr mit der Ausbildung zu verknüpfen. In der Ausbildungsordnung des PTG und in der Facharzt-ausbildung spielt die psychoanalytische Selbsterfahrung eine deutlich reduzierte Rolle.

Die Einführung des Non-Reporting-Systems stellt einen Schutz der Selbsterfahrungsprozesse für den Kandidaten dar; er macht Ausbildungsanalytiker jedoch sehr einsam. Wir praktizieren deshalb in einer Fachgesellschaft (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft) in regelmäßigen Jahrestagungen Intervisionen auch bei Lehranalysen. Die Schweigepflicht bleibt gewahrt, wenn Kollegen aus einem Institut beziehungsweise aus einer Stadt in getrennten Gruppen arbeiten.

Die Psychotherapeutischen Schulen

In der psychotherapeutischen Ausbildung der Bundesrepublik gibt es in der Mehrzahl der Institute Schulbindungen. Die Bindungen an bestimmte Schulen bedeuten eine Orientierung an Freud, Jung oder Adler. Eine Nachkriegsorientierung an dem Konzept Schultz-Henckes ist wieder zugunsten einer Orientierung an dem Freudschen Konzept in den Hintergrund getreten. Nun sind die konzeptuellen Vorstellungen dieser Schulen sicherlich unterschiedlich, aber der Wettkampf und die Auseinandersetzung, die einzig richtige Schule zu sein, hat zeitweise heftige Formen angenommen. Literatur wurde gegenseitig nicht zur Kenntnis genommen, Ausbildungen gegenseitig nicht anerkannt. Die Kritik, die bei Cremerius (1986, 1992, 1995) nachzulesen ist, bezieht sich zu großen Teilen auf die Ausbildung in der DPV und der internationalen Gesellschaft IPV. Beide hielten an der Selbsterfahrung der vier Wochenstunden beharrlich fest, machten sie zur *conditio sine qua non*. Daraus erwachsen heftige Konflikte mit den Kassen und den Kassenverbänden. Ein Vorteil für die Ausbilder war, daß Bewerber sich meist über die Konzepte orientieren und wählen konnten. Es gab aber auch Kandidaten, die von der einen Gesellschaft nicht angenommen wurden, wohl aber von der anderen.

In der Historie der Psychoanalyse gibt es Beispiele dafür, so berichtet Cremerius (1992), daß Mahler, die durch ihre Entwicklungskonzepte gekannt geworden ist, im Zuge der Ausbildung von ihrer Lehranalytikerin als unanalysierbar zurückgewiesen wurde. Jones hat Ferenczi (seinen Lehranalytiker) mit Schmähungen und Kritik verfolgt.

Es gibt reichhaltiges Material über die Auseinandersetzung von Fachgesellschaften in der Nachkriegszeit, besonders zwischen der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft und der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung.

In einem Seminar über die Geschichte und die Beziehungen der zwei sich zeitweise bekämpfenden Gesellschaften, die besonders heftige Auseinandersetzungen in der Nachkriegssituation hatten, sagte einer der Teilnehmer, er neide der anderen Gesellschaft wenig, aber vielleicht doch, daß sie schönere Frauen habe. Eine Kränkung und eine Provokation zugleich. Die Kränkung: die andere habe sonst nichts zu bieten, die Provokation – Frauen könnten es in der anderen Gesellschaft besser haben. Die Verletzungen sitzen tief. Ich finde es erfreulich, daß Kontakte und die Verständigung, die Aufgeschlossenheit zwischen den Gesellschaften zugenommen haben und mehr gegenseitige Anerkennung spürbar wird. Durch berufspolitische Arbeit habe ich Kollegen in den anderen Gesellschaften schätzen und kennengelernt. Diese Kontakte sind oft stärker als die "konfessionellen" Unterschiede. Vor Jahren ergab sich, daß ich in einer

überregionalen Veranstaltung mit einem Kollegen aus einem anderen Verband zusammentraf. Wir sprachen nach der Sitzung miteinander über das Notwendige hinaus und ich wunderte mich, daß er die Schulschranken mißachtete, hatte es aber wohl bei anderen erlebt. Wir sind heute und seit langem befreundet. Dies so fast konfessionell wirkenden Besonderheiten machen jedoch deutlich, wie wenig Sicherheit die Arbeit und das Konzept vermittelt, wenn es einer narzißtisch anmutenden Abwehr bedarf. Cremerius hat diesen Tatbestand so ausgedrückt, daß die Ausbildung Züge einer Kirche trage. Kritiker fordern mehr Wissenschaftlichkeit.

Diese Forderung war überfällig und sie kam 1994 von Grawe et al.: "Von der Konfession zur Profession" war der Untertitel ihres Buches. Diese Monographie hat die psychotherapeutischen Gesellschaften heftig aufgewirbelt; kommen doch die psychodynamischen Therapien in einer Meta-Analyse von vielen Untersuchungen nicht gut weg – aber man kann sich bei der Lektüre des Werkes nicht ganz des Eindrucks erwehren, daß Grawe ein etwas eiliger Missionar ist, der vorschlägt, ein für alle Schulen gemeinsames Grundkonzept zu vermitteln. Die theoretische Basis seines Grundkonzeptes wirkt auf mich so trivial, daß ich glaubte meine Behandlungserfahrungen darauf nicht reduzieren zu wollen.

Forschung und Wissenschaft

Es gibt eine ständige Klage, daß Psychotherapie und psychotherapeutische Konzepte zu wenig beforscht sind. Nichtsdestotrotz gibt es eine Reihe von Forschungsergebnissen, die wesentliche Grundannahmen in Frage stellen. Die Forschungsgruppe um Orlinsky (1996), die Wallerstein-Studie (1990) und deutsche Arbeiten z. B. von Tschuschke u. Czogalik (1990) weisen in diese Richtung. Spezifische Psychotherapiefaktoren werden meist überschätzt und allgemeine und übergreifende unterschätzt. Charakteristisch für übergreifende Faktoren ist die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Und schließlich haben die einzelnen Schulrichtungen auch etwas voneinander gelernt. Psychoanalytiker haben gelernt, daß beharrliches Schweigen des Behandlers nicht mit Sicherheit den psychotherapeutischen Prozeß befördert – und Verhaltenstherapeuten beachten neben ihren Verhaltensanweisungen zunehmend mehr Beziehung.

Ein wesentliches Ergebnis der Wallerstein-Studie ist, daß Strukturveränderungen in der Persönlichkeitsentwicklung nicht nur durch die Technik der psychoanalytischen Bearbeitung erreicht werden, sondern auch bei Technikmodifikationen beobachtet werden. Aber vielleicht gibt es auch in der Psycho-

therapie einen ähnlichen Umgang wie in der Kirche mit dem Doktrinen. Viele gut ausgebildete Kollegen haben neben einer Grundmethode weitere andere Techniken gelernt, mit denen sie arbeiten. Sie gehören einer Gesellschaft an, fühlen sich jedoch nicht alle ihren Regeln verpflichtet.

Aufgrund der Ergebnisse einer Befragung in einer psychoanalytischen Gesellschaft gaben Kollegen zu 72 % an, mit dem beruflichen Aspekt und der persönlichen Erfahrung ihrer Eigenanalyse zufrieden zu sein, 28 % hatten mäßige bis schlechte Erfahrungen gemacht. Bei spezifischen Fragen ergab sich (bei über 30 % der Befragten), daß erst nach der Ausbildung bestimmte Defizite und Probleme deutlich geworden sind. Inzwischen habe ich persönliche Interviews zusammen mit zwei meiner Kollegen über die Einschätzung der Selbsterfahrung gemacht. Bisher läßt sich festhalten, daß es in einigen Fällen Traumatisierungen gibt, die nicht aufgearbeitet wurden. Der größere Teil der Kollegen fühlt sich dennoch befähigt, nach Abschluß der Ausbildung mit den gelernten Methoden Probleme aufarbeiten zu können oder sich andere Hilfen, und eben auch fraktionierte Analysen, zu suchen. Wir dürfen nicht vergessen, daß ein Buch über eine Mißbrauchserfahrung mächtig und nachhaltig wirkt und eine Reihe von erfolgreichen und zufriedenstellenden Ausbildungserfahrungen nicht in den Büchern nachzulesen sind. Vielleicht ist institutionelle Trägheit nicht der einzige Grund, daß sich Ausbildungen bisher so wenig verändert haben. Ausbildungen schaffen auch Bindungen. Dafür spricht auch, daß die meisten Kollegen sich bisher in der Nähe ihrer Institute niedergelassen haben.

Veränderungen

Beispiele der Ausbildungsgeschichte zeigen schwere und grobe Mißbrauchserfahrungen. Sie zeigen Tendenzen zu Indoktrination. Diese war teilweise auch damit verbunden, daß subjektive, aber zwingende Vorstellungen bestanden, wie ein fertiger Analytiker auszusehen habe. In den 60er Jahren hörte ich auf einer Tagung, daß der richtige Platz eines Analytikers hinter der Couch sei, es gab damals den Autor H. E. Richter. Heute lese ich eher, daß Psychoanalytiker zu wenig Stellung zu politischen Themen nehmen. Das sind Veränderungen, die wir auch registrieren sollten. Psychotherapeuten aller Schulen haben sich auf die Arbeit innerhalb des Kassensystems eingelassen – und sie werden voraussichtlich auch die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz aufnehmen. Es gibt Veränderungen: alle Institute in der Bundesrepublik haben das Non-Reporting-System eingeführt. Gesellschaften und Institute sind aufmerksamer und erarbeiten

ethische Standards. Institute gehen teilweise dazu über, ihre Ausbildergruppen zu vergrößern, was bedeutet, daß Auszubildende mehr Wahlmöglichkeiten haben und Ausbilder mehr Konkurrenz ertragen müssen.

Gesellschaften kommen miteinander ins Gespräch

Es ist einiges in Bewegung – beileibe nicht genug

Forscher und Kritiker fordern mehr Wissenschaft, Cremerius (1995): "Die Psychoanalyse möge Normalwissenschaft werden." Was er damit verbindet, hört sich jedoch sehr ideal an. Ein neues Ideal? Sie möge nämlich die Verheißung der frühen Paradigmen verwirklichen.

Sicher ist die Aufarbeitung und Klärung von Konzepten erforderlich. Wissenschaft bedeutet den vorurteilsfreien Vergleich und wissenschaftliche Überprüfung. Es ist sicherlich kein Zufall, daß die forschenden Psychotherapeuten doch eher eine isolierte Position innerhalb ihrer kollegialen Gesellschaft haben. Es gibt von Psychotherapeuten vernachlässigte Bereiche; eine Gesellschaft hat kürzlich eine Tagung über Didaktik veranstaltet. Es gibt kaum Arbeiten zu psychoanalytischer/psychotherapeutischer Didaktik.

Und schließlich noch ein Wort zur unseren neuen Ausbildungssystemen. Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin verlagert einen großen Teil der Ausbildung in universitäre und klinische Systeme. Das Psychotherapeutengesetz hat Bestandteile der vertieften Institutsausbildung aufgenommen. In beiden Ausbildungssystemen wird die Selbsterfahrung klein geschrieben – eine konsequente Folge der kritischen Ergebnisse der Selbsterfahrung? Zu wünschen wäre, daß Selbsterfahrung nicht in der gleichen Weise in das Ausbildungssystem eingebunden ist. Bedauerlich könnte eines Tages sein, wenn Behandler aufgrund der Vorgaben gut trainiert, aber doch wenig selbstreflektierend sind. Die Ausbilder – meist in einer anderen Tradition aufgewachsen – sind zur Auseinandersetzung mit den neuen Vorgaben aufgerufen.

Möge das, was gut gewesen ist, bewahrt werden
aber das, was schädlich und nicht erhaltenswert war,
verändert werden.

Ich möchte ein Zitat von Cremerius (1995) umwandeln: Er sagt: "Die Psychoanalyse darf nicht als etwas Fertiges gedacht werden, soll sie der Wirklichkeit gehören." Das gleiche möchte ich gern für die Psychotherapie sagen.

Ich habe mehrfach in meinen Ausführungen Psychoanalyse und Psychotherapie nicht unterschieden. Beide Begriffe stellen sich gelegentlich überschneidende Arbeitsbereiche dar. An manchen Stellen zeigt die Psychoanalyse Probleme deutlicher auf, die auch für die Psychotherapie-Ausbildung gelten können. Für die Unschärfe, die in manchen Passagen unzutreffend ist, bitte ich um Nachsicht.

Literatur

- Anonyma (1988) Verführung auf der Couch. Kore, Freiburg
- Balint M (1966) Analytische Ausbildung und Lehranalyse. In: Balint M (Hrsg) (1988) Die Urformen der Liebe. Klett-Cotta, Stuttgart, S 289-300
- Bernfeld S (1984) Zur Kritik an der psychoanalytischen Ausbildung. Psyche 38: 438-459
- Cremerius J (1986) Spurensicherung. Die "Psychoanalytische Bewegung" und das Elend der psychoanalytischen Institution. Psyche 40: 1063-1091
- Cremerius J (1992) Der Lehranalytiker begeht jeden einzelnen dieser Fehler. In: Streeck U, Werthmann HV (Hrsg) Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 52-69
- Cremerius J (1995) Die Zukunft der Psychoanalyse. In: Cremerius J (Hrsg) Die Zukunft der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 9-55
- Fischer G, Fischer-Becker M (1996) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Asanger Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, Göttingen
- Janssen PL, Cierpka M, Buchheim P (1997) (Hrsg) Psychotherapie als Beruf. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Junker H (1993) Nachanalyse. Edition Diskord, Tübingen
- Kaiser H (1996) Grenzverletzung. Walter, Zürich Düsseldorf
- Kernberg OF (1998) Die Zerstörung der Psychoanalyse im Ausbildungssystem. Psyche 52: 199-213
- Körner J (1995) Die Professionalisierung des Psychoanalytiker-Berufes. In: Cremerius J (Hrsg) Die Zukunft der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kuiper PC (1991) Seelenfinsternis. Fischer, Frankfurt aM
- Miller A (1979) Das Drama des begabten Kindes. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1974) Lehrjahre auf der Couch. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Orlinsky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambühl H (1996) Die Qualität der therapeutischen Beziehung. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 102-110

- Schmidt R (1988) Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Praxisstudie im Auftrag der DGPPT, Manuskript unveröffentlicht
- Thomä H (1991) Ideen und Wirklichkeit der Lehranalyse. *Psyche* 45: 358-433, 481-505
- Tschuschke V, Czogalik D (1990) Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen? In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) *Psychotherapie. Welche Effekte verändern?* Springer, Berlin Heidelberg New York
- v Drigalski D (1979) *Blumen auf Granit*. Ullstein Materialien, Frankfurt aM Berlin Wien
- Wallerstein RS (1990) Psychoanalyse und Psychotherapie. *Psyche* 44: 967-994

Die Macht der Ökonomie in der Psychotherapie

Michael Geyer

Ökonomische Prozesse sind in einem Ausmaß bestimmend für unser Fühlen, Denken und Handeln, daß es uns gewöhnlich schwer fällt, sie überhaupt von anderen Beweggründen unseres Dasein abzugrenzen. Daher übersehen wir sie auch gern. Vielen von uns liegt es einfach näher, sich mit Problemen auseinander zu setzen, mit denen uns unsere Arbeit vordergründig konfrontiert: Beziehungskonflikte in Paarbeziehungen und Klein- und Großgruppen, die wir mit unseren Methoden lösbar werden lassen. Politik und Ökonomie haben bei unserer Arbeit aus dem Spiel zu bleiben. Wir konzentrieren uns vorrangig auf den Mikrokosmos des Individuums und wir erleben diese Beschränkung als weise und nützlich. Neutralität, wozu auch die politische und ökonomische zählt, gehört zu den Grundvoraussetzungen unserer Arbeit.

Meine Aufgabe ist es, die Gefahren zu thematisieren, die dieser Neutralität drohen. Denn tatsächlich drängt sich doch der Zustand dieser Welt in unsere Behandlungszimmer. Wir spüren am eigenen Leibe den Druck von Rationalisierung und Rationierung im realen Einkommensverlust. Aber auch die Patienten haben sich in den letzten Jahren in Abhängigkeit von den ökonomischen Verhältnissen enorm verändert. Kann man daran zweifeln, daß es sich auf unsere Behandlungspraxis auswirkt, wenn – wie im Falle meiner Leipziger Klinik – die Arbeitslosenrate der Patienten von 1 % auf 50 % steigt und jeder Tag einer stationären Behandlung die Dauer der Arbeitslosenhilfe verlängert?

Andererseits machen Globalisierung und ein Wandel nie dagewesener Intensität und Geschwindigkeit die Welt immer schwerer begreiflich und durchschaubarer. Unsere jeweilige gesellschaftliche Rolle, die wir als Bestandteile des hochkomplexen Systems unserer arbeitsteiligen Beziehungen ausfüllen, macht uns zu Kindern dieser Zeit.

Selbst wenn wir als sog. Gesunde noch annehmen, Herr im Hause unseres Körpers und unserer wichtigen Beziehungen zu sein, haben wir doch keine vollständige Bewußtheit der realen sozioökonomischen Mächte, die unser Verhalten durchdringen. Die Überschneidungszone, in der unser eigenes Unbewußtes mit dem unserer Patienten auf eine nicht durchschaubare Weise korre-

spondiert, ist vielleicht breiter als wir es gewöhnlich annehmen. Es ist eine merkwürdige Form von Unbewußtheit unserer Rolle und Funktion im Spiel gesellschaftlicher Kräfte entstanden, die ihre Entsprechung in Fantasien von der heilen Welt hat, die wir in unserer Tätigkeit verteidigen. Eigentlich wären wir im Herzen froh, wenn diese Mächte – wer auch immer sie sind – uns in Ruhe und mit einigermaßen erträglichem Auskommen arbeiten ließen.

Wie können wir als Psychotherapeuten daran arbeiten, die Entfremdung unserer Patienten von sich selbst, ihrem Körper und ihren Mitmenschen zu verringern, wenn wir selbst in Abhängigkeiten verstrickt sind, die wir nicht oder nicht mehr reflektieren? Die Macht der Ökonomie ist so groß wie die Abhängigkeit unserer Ziele und Entscheidungen von ökonomischen Sachverhalten und zwar unabhängig davon, ob dies uns jeweils bewußt ist oder nicht. Beispielsweise kann ich gut wahrnehmen, wie sehr sich meine Patienten in den letzten Jahren in Abhängigkeit von den ökonomischen Verhältnissen verändert haben. Ebenso spüre ich den Rationalisierungsdruck, der auf dem Fachgebiet und uns, die wir darin arbeiten, lastet. Weniger bewußt ist mir, in welchem Ausmaß dies mein psychotherapeutisches Handeln selbst bestimmt und es bedarf einer besonders qualifizierten Selbsterfahrung, die eigene Funktion im konkreten ökonomischen System und die daraus resultierenden Rollenkonflikte und Identitätsbrüche zu durchschauen.

In meiner Darstellung möchte ich diesen Problemfeldern auch in der genannten Reihenfolge – natürlich jeweils nur punktuell – nachgehen. Warum wird beim Stichwort "Rationalisierung" zuerst an Psychotherapie gedacht?

Das bereits 1988 über unseren Häuptern installierte Damoklesschwert der Zuzahlung von 10 DM pro Psychotherapiesitzung wurde wenige Wochen vor Inkrafttreten des entsprechenden Gesetzes wieder abgehängt. Es geschah nicht uns zuliebe, wie wir wissen, und wir fühlten uns weniger durch das Faktum der Zuzahlung diskriminiert als durch den Umstand, daß es unsere Fachgruppe allein betraf, die den Einstieg in ein neues Versorgungssystem bahnen sollte. Dies war jedoch nur der Anfang. Inzwischen zeigt sich die Macht der Ökonomie der Medizin direkter und unverstellter im Zwang zur Rationalisierung und Rationierung. Wie wir erlebt haben und noch erleben müssen, scheint dabei die Psychotherapie in besonderer Weise unsere Politiker zum Sparen zu animieren. Das bedarf einer Erklärung.

Als heilkundliche Disziplin trägt die Psychotherapie immer noch schwer an ihrer langen randständigen, um nicht zu sagen, exotischen Existenz außerhalb der medizinischen Wissenschaft und der dort geltenden ökonomischen Kreisläufe (Geyer 1996). Es ist naheliegend, daß angesichts begrenzter materieller Ressourcen jene Therapieformen, die nicht zu den etablierten gehören, unter Verweis auf nicht geklärte Effektivität (also ihre Eignung, ein gesetztes Behandlungsziel

zu erreichen) und mangelnde Effizienz (also die Relation von Aufwand und Nutzen) von den Fleischtöpfen ferngehalten werden. Dieser ökonomisch begründete Zwang zur wissenschaftlichen Legitimierung einer vergleichsweise jungen Disziplin war zunächst für die Disziplin selbst vorteilhaft. Ihre Verfahren gehören heute zu den am besten untersuchten in der Medizin überhaupt und das bezieht sich auch auf die ökonomischen Aspekte der Psychotherapie (Lamprecht 1996).

Die wissenschaftlichen Hauptverfahren der Psychotherapie – psychoanalytisch begründete Psychotherapie und Verhaltenstherapie – haben in über 4000 klinisch kontrollierten Studien ihre Wirksamkeit bewiesen. Je nach Störungstyp rangieren die Heilungsraten zwischen 80 bis 95 % bei funktionellen Störungen, zwischen 75 und 85 % bei Neurosen und 60 bis 70 % bei psychosomatischen Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen. Besserungen in Symptomatik und im Verhaltensbereich sind bei mehr als 85 % der Patienten aller Störungsgruppen nachzuweisen. Vergleicht man Kosten und Nutzen von Psychotherapie auf der Wirksamkeitsebene (Break-Even $d = 0,22$) liegt für ambulante Psychotherapie die Effektstärke bei $d = 0,80$ (Smith et al. 1980), bei der stationären Psychotherapie bei $d = 1,20$, d. h. das Ergebnis übersteigt den Kosteneinsatz bei stationärer Psychotherapie um das Fünffache (Wittmann 1996). Die von der BfA durchgeführten Untersuchungen bezüglich der poststationären Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben weisen auf respektable Langzeitergebnisse stationärer Psychotherapie hin. In dieser Statistik erreichten Patienten mit der Diagnose Neurose ($n = 12.511$ Patienten) in 85,1 % ein vollschichtiges Leistungsbild im zuletzt ausgeübten Beruf. Von den Patienten mit funktionellen Syndromen ($n = 4.438$ Patienten) wurden 91,4 % als vollschichtig leistungsfähig eingeschätzt. Die Rehabilitationsverlaufsstatistik (EU-/BU-Berentung) bei psychischen Erkrankungen zeigt, daß von den behandelten Fällen mit funktionellen Syndromen als Erstdiagnose nur 7,9 % und bei den Psychoneurosen 12 % der Patienten innerhalb von 5 Jahren vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden (Zielke 1993, 1999). Psychotherapie ist nicht nur eine der effektivsten Therapiemethoden in der Medizin. Sie gehört darüber hinaus zu den Maßnahmen mit der besten Kosten-Nutzen-Relation (Zielke 1999).

Trotzdem betrachten nicht nur ihre direkten Konkurrenten die Psychotherapie als ein Ort, von dem aus sich epidemisch der Virus ungezügelter Ansprüchlichkeit ausbreitet. Der ungehinderte, d. h. unmittelbare Zugang zur Psychotherapie war auch in besseren Zeiten nicht einmal Privatversicherten erlaubt. Wer dieses Luxusgut direkt und ungeprüft konsumieren will, wie es mit Leistungen lang etablierter Fächern selbstverständlich ist, soll es gefälligst selbst bezahlen.

Die moderne Psychotherapie hat es also bislang weder in der Medizin noch der übrigen Gesellschaft geschafft, wenigstens die offensichtlichen und greifbaren Mißverständnisse auszuräumen, die ihre bessere Behandlung in der Öffentlichkeit behindern. Ich möchte nur zwei Fehleinschätzungen nennen, die sich in folgenden landläufigen Meinungen zeigen.

1. Die Notwendigkeit von Psychotherapie entstehe – so heißt es – erst in Gesellschaften, die wohlhabend sind, entsprechend auch erst in Bevölkerungsgruppen, deren existentielle Grundsicherung nicht mehr in Frage steht.
2. Psychotherapie sei eine teure und – vom Nutzen her betrachtet – eher unsichere Behandlungsmethode, die sich auch nur reiche Gesellschaften bzw. Bevölkerungsgruppen leisten können bzw. sollten. Kurz: Psychotherapie habe mit der medizinischen Grundversorgung nichts zu tun und sei eher eine zusätzliche Methode.

Betrachten wir die Fakten, die dem widersprechen. Von der nachgewiesenen Wirksamkeit der wissenschaftlichen Methoden habe ich schon gesprochen. Glücklicherweise gibt es aber inzwischen auch wissenschaftlich aussagekräftige epidemiologische Studien über die weltweite Verbreitung psychotherapiebedürftiger Störungen und Krankheiten. Im Gegensatz zu dem, was die meisten Politiker und Ärzte glauben, gehören über 90 % der Störungen, die uns beruflich beschäftigen – also Neurosen, Somatisierungsstörungen, Psychosen etc. – offensichtlich zu den Universalien menschlicher Existenz und sind demzufolge nicht nur kulturunspezifisch, sondern auch schichtunspezifisch. Sie kommen also gleichermaßen in armen wie in reichen Ländern, in armen wie in reichen Bevölkerungsschichten, in allen Kulturen und auf allen zivilisatorischen Entwicklungsniveaus in etwa der gleichen Häufigkeit vor (Sartorius 1996). Nur wenige psychogene Störungen – z. B. die Bulimie – zeigen eine gewisse kulturelle Spezifität. Es gibt zwar zwischen Erdteilen manche deutliche Unterschiede in der Häufigkeit einzelner Diagnosen, andererseits aber auch bemerkenswerte Übereinstimmungen.

Die Übersichten (Sartorius 1996) zeigen schlüssig, daß nicht davon ausgegangen werden kann, daß psychotherapiebedürftige Krankheiten etwas mit dem Wohlstand von Bevölkerungen zu tun haben. Man kann aus diesen Ergebnissen der weltweiten epidemiologischen Forschungen schlußfolgern, daß nicht der Psychotherapiebedarf, sondern allein die Zugänglichkeit zur Psychotherapie von ökonomischen Faktoren abhängig ist.

Ein zweites gesundheitspolitisches Grundmißverständnis von Psychotherapie betrifft deren Kosten. In manchen Regionen Deutschlands bekommt ein Patient unkomplizierter ein neues Herz implantiert als daß er eine Psychotherapie erhält.

Dabei stehen die Kosten der Psychotherapie als Versorgungsleistung – sei diese ambulant oder stationär – in einem geradezu idealen Verhältnis zu ihrem Nutzen.

Betrachten wir zunächst die Kosten: Die durchschnittliche ambulante Psychotherapie, die in Deutschland um 40 – 50 Stunden dauert, kostet je nach Punktwert zwischen 1.200 und 6.000 DM. Für die stationäre Psychotherapie bezahlen die Kassen im Reha-Bereich und der Akutversorgung zwischen 12.000,- und 25.000,- DM. Diese Ausgaben könnten von den Kassen als Rationalisierungsausgaben verbucht werden, denn Psychotherapie ist in den meisten Fällen keine Maßnahme, die eine zusätzliche Leistung darstellt, sondern die andere und zwar meist teurere medizinische Leistungen, verdrängt bzw. ersetzt. Entsprechende volkswirtschaftliche Untersuchungen und Berechnungen zeigen nämlich, daß z. B. durch eine stationäre Psychotherapie je nach Berechnungsweise zwischen 13.000 und 42.240,- DM volkswirtschaftlicher Nettonutzen entsteht, d. h. für eine durchschnittlich 15.000,- DM kostende Therapie werden Kosten für Medikamente, Operationen, Pflegeleistungen, Produktivitätsverluste und Arbeitsunfähigkeit gespart, die über das Doppelte der Therapiekosten hinausgehen (Wittmann 1996; Zielke 1999).

Betrachtet man nüchtern diesen unabweisbaren Sachverhalt, wird unverständlich, warum der allgemeine Rationalisierungsdruck im Gesundheitswesen sich besonders stark auf psychotherapeutische Leistungen auswirkt. Wäre es nicht volkswirtschaftlich wie versicherungsökonomisch vernünftig, Psychotherapie in der Medizin in großem Umfang als Kostendämpfungsfaktor zu nutzen? Diese Frage wird uns beschäftigen müssen, weil sie uns zu den realen Machtverhältnissen in Medizin und Gesellschaft führt.

Die derzeitige Situation in den USA führt uns teilweise groteske Auswirkungen eines Rationalisierungsprozesses vor Augen, der Krankheitskosten dämpfen soll, in Wirklichkeit aber den Versicherungskonzernen dazu verhilft, auf Kosten von Ärzten und Patienten enorme Gewinne zu erwirtschaften. Die Versicherer bzw. die als Kostenträger auftretenden Gesellschaften, die in den USA die sog. managed-care-Medizin betreiben, also sich die billigsten Leistungsanbieter suchen und ihre Mitglieder zwingen, nur diese Angebote zu nutzen, genehmigen Psychotherapie in maximal 3 Stundenpaketen. Nach jeweils drei Stunden wird erneut die Frage der Notwendigkeit und Nützlichkeit diskutiert, was im positiven Falle zur Gewährung weiterer zwei bis drei Stunden führt und generell bei einem Kontingent von 20 Stunden aufhört. Vereinzelt werden Kontrolleure der Nützlichkeit und Notwendigkeit direkt in die psychotherapeutischen Sitzungen plaziert (Iglehart 1994).

Diese Restriktionen verweisen auf die Ohnmacht der Psychotherapeuten als Leistungsanbieter und die Macht der sog. Kostenträger. Sie sind jedoch nicht nur mit Demütigungen der Psychotherapeuten und ihrer Patienten verbunden. Wie

die große Consumers-Report-Studie (Seligman 1995) deutlich ausweist, sind die im Rahmen des Managed care durchgeführten Psychotherapien deutlich weniger effektiv als die Psychotherapien anderer Versicherer ohne diese Restriktionen. Hier haben wir den eher seltenen Fall einer direkten gesundheitsschädlichen Auswirkung einer von bestimmten ökonomischen Interessen gesteuerten Versorgungspraxis.

Wie in der Industrie, so gelingt auch in der Medizin die Rationalisierung am schnellsten über den Abbau der menschlichen Arbeitskraft. Das gibt den Care-Managern zunächst einmal recht. Kurzfristig wird Geld gespart. Diese Gesellschaften werden auf diese Weise sehr profitabel. Aber es existiert noch ein anderer ökonomischer Effekt: Die rigorose Verdrängung der Psychotherapie aus der Grundversorgung sichert die Pfründe des medizinisch-industriellen Komplexes, also der Pharmaindustrie und Medizintechnik. Deren Wachstum muß und darf Medizin immer teurer machen. Ihre Aktien kann man mit der sicheren Erwartung auf etwa doppelt so hohe Wertsteigerungen kaufen wie alle anderen.

Ökonomie und psychotherapeutisches Handeln

Spätestens seit Hippokrates wird von Heilkundigen ein sittlich einwandfreies Verhalten gefordert. Psychotherapeuten verbinden in den Begriffen "Neutralität" und "Abstinenz" diese ethische Forderung mit behandlungstechnischen Erwägungen. Wer seine Patienten beispielsweise sexuell mißbraucht, verstößt nicht nur gegen ethische Grundprinzipien des Berufes, sondern begeht auch einen Kunstfehler. Während die sexuelle Ausbeutung von Patienten von jeher und nicht nur in den letzten 10 Jahren relativ breit diskutiert wird, scheint ein verschwindendes Interesse an den ökonomischen Beziehungen zwischen Therapeut und Patient zu bestehen. Dabei gebe es doch viel zu untersuchen.

Da wäre zunächst das eigene Problem des Therapeuten im Umgang mit Geld und/oder die mit Geld zusammenhängenden Übertragungs-/Gegenübertragungsprobleme und nicht zuletzt die Bezahlungsstrukturen und -modalitäten in der Psychotherapie und ihre Begründungen.

Eine Literaturrecherche, die ich zur Vorbereitung dieses Beitrags durchgeführt habe, hat mich in der Auffassung bestärkt, daß dieses Thema einem weitaus stärkeren Tabu unterliegt als das Sexuelle (Breyer et al. 1997; Gans 1992; Harsch 1997; Hillenbrand 1979; Klebanow 1989; Krueger 1991; Riley et al. 1983; Rothstein 1986; Smith et al. 1980). Während es inzwischen zahlreiche Publikationen über sexuellen Mißbrauch gibt, und dieses Faktum in der Fachwelt wie in

der Öffentlichkeit breit diskutiert wird, scheint der ökonomische Mißbrauch von Patienten kaum der Erwähnung wert. Erste Untersuchungen weisen jedoch daraufhin, daß ihr erheblicher Aufklärungsbedarf besteht (Reimer und Rüger persönliche Mitteilung).

Dies bedeutet auch, daß an solchen Stellen mit der Wissenschaft Schindluder getrieben und pseudowissenschaftlich argumentiert wird. Dementsprechend sind auch die wissenschaftlichen Debatten zu diesem Thema spärlich und werden ohne Bezug zur empirischen Forschung geführt. Die Autoren, häufig Analytiker, begründen ihre Formen des Umgangs mit Geld auf eine Weise, die z. T. analytisches Denken konterkariert.

Das muß Gründe haben. Geld, so wird gesagt, beruhigt nicht nur, sondern verdirbt auch den Charakter. Obwohl Geld weithin als etwas Schmutziges angesehen wird, stinkt es nicht. Außerdem hat man es, aber spricht nicht darüber. Geld ist wie Sex – es ist ein Faktum, ein Symbol und es hat die Macht eines Mythos. Es konkurriert mit der Sexualität hinsichtlich seiner Allgegenwärtigkeit und der Stärke der Gefühle, die es erregt. Für viele gilt es als die zentrale Motivation unserer Gesellschaft schlechthin (Krueger 1991).

Geld selbst ist Papier oder Metall und dient nicht der direkten Befriedigung eines konkreten sinnlichen Bedürfnisses, wenn man davon absieht, daß einige Mitbürger Geldscheine gern streicheln und auch bereits durch ihre Betrachtung sexuell stimuliert werden. Die stoffliche Neutralität ermöglicht jedoch gleichzeitig eine symbolische Universalität: Geld kann für alles stehen. Geld symbolisiert Reichtum, Macht, sexuelle Attraktivität, Bewunderung, Geltung, Ruhm, Erfolg, Rang. Insofern kann das Streben nach Geld auch ein Streben nach Ersatzbefriedigung unterschiedlichster Wünsche und Bedürfnisse sein. Der Umgang mit Geld ist ein Grundaspekt menschlichen Seins und bestimmt das soziale Netzwerk, dessen Teil wir sind. Selbstverständlich kann die Beziehung zum Geld den zentralen Fokus im emotionalen Konfliktfeld unserer Patienten markieren. Geld repräsentiert dann den Selbstwert, die Akzeptanz durch andere, Freiheit, Macht und Potenz, aber auch moralische Fragwürdigkeit, Befleckung, Verachtung und Zurückweisung. Die weitgehend unbewußte Gleichsetzung von Geld mit unendlicher Macht und Unsterblichkeit einerseits und die Verwandtschaft von Geld und Kot andererseits zeigt das breite Spektrum von Konflikten, die sich im Umgang mit Geld ausdrücken können: Das süchtige Anhäufen von Geld, das geizige oder neidische Zurückhalten des Geldes, der Kaufrausch, die Verschwendungs- und Spielsucht, das Stehlen-müssen oder Nicht-festhalten-Können. Wem Geld als Symbol für "Glück" und "Ziel aller Wünsche" gilt und Mittelpunkt allen Strebens wird, dem ist nur zu wünschen, daß er nie ans Ziel kommt. Dann würde er nämlich merken, daß Geld nur ein Symbol und Träger seiner Hoffnung auf Glück ist. Diese Erfahrung, daß ein Symbol nur ein Symbol ist, bringt das

neurotische Unglück eines Menschen, seine Unfähigkeit, vom Leben und seinen Beziehungen zu profitieren, ans Tageslicht. Da wird dann einer krank, der ans Ziel seiner Wünsche gelangt ist und merkt, daß seine Methode nach Glück zu streben, ihn nicht glücklich machen wird. Der Umgang mit Geld muß also im Kontext von mindestens drei Aspekten gesehen werden (Krueger 1991): 1. Geld als Medium des Austauschs von Gütern und Dienstleistungen ohne emotionale und symbolische Attribuierungen; 2. Das während der Sozialisation erworbene emotionale Verhältnis zum Geld, das die Erfahrungen eines Menschen darüber ausdrückt, was mit Geld erreicht werden kann und was nicht; 3. Geld als Objekt der Übertragung, in der die Fixierung eines Menschen auf ein infantiles Entwicklungsniveau zum Ausdruck kommt und der Umgang mit Geld gerade den Konflikt fokussiert. Real wird in Psychotherapien darüber selten gesprochen. Warum eigentlich?

Ein beträchtlicher Teil jener Konflikte, die bei unseren Patienten zu beruflichen und persönlichen Mißerfolgen führen, sind bei genauer Betrachtung eine Kopie der Muster, die schon die Elterngeneration daran gehindert hat, ihre soziale Situation zu verbessern. Die immer wiederkehrende Erfahrung, daß die eigenen Wünsche von anderen nicht akzeptiert und zurückgewiesen werden oder die Angst, autonome Entscheidungen zu treffen oder durch den Besitz von Geld oder durch persönlichen Erfolg in eine unerträgliche Spannung zu geraten, gehört zwar meist in einen sozialen, oft schichtspezifischen Kontext. Ich habe jedoch selten erlebt, daß diese Probleme nicht ausschließlich auf der individuell psychologischen Ebene behandelt worden sind.

Wen wundert es, wenn der Psychotherapeut gerade an dieser Stelle seine blinden Flecke hat und dieses Feld eher ungern beackert.

Wir haben unseren Beruf gelernt im Zeichen humanen Wirkens. Wir sind erzogen worden in der Verachtung schnöden Mammons und als Gegenentwurf zu jenen Geldmachern, von denen Jesus Christus sagte, daß eher ein Kamel durch ein Nadelöhr ginge als daß sie den Himmel zu sehen bekämen. Schon die Tatsache, daß wir für unser edles Tun Geld erhalten, ist ein rechtes Problem: Im Hause unserer Identität scheint es nur in Hinterzimmern einen Platz zu geben, in dem wir einen ungestörten und erfreulichen Umgang mit dem Geld pflegen können.

In unserem Lande bezahlen uns meistens die Patienten nicht direkt, sondern die Versicherungen. Der Vorteil wie der Nachteil einer Finanzierung der Behandlung durch anonyme Dritte kann ökonomisch, behandlingstechnisch oder ethisch begründet werden. Ökonomisch ist der Therapeut weniger finanziell angewiesen auf den Patienten und er kann ziemlich sicher sein, nicht auf unbezahlten Rechnungen sitzen zu bleiben. Diese größere ökonomische Unabhängigkeit des Therapeuten vom Patienten hat ihre Kehrseite in einer Verringerung des Status

des Patienten als Geschäftspartner. Gleichzeitig haben sich beide den Regeln, Forderungen und Begrenzungen eines sog. Kostenträgers zu unterwerfen, d. h. sie können die Rahmenbedingungen ihrer Geschäftsbeziehung nicht frei aushandeln oder an individuellen Wünschen ausrichten.

Einen breiten Raum nimmt bei der Mehrzahl der Autoren die Frage ein, ob eine Psychotherapie überhaupt korrekt verlaufen könnte, wenn Versicherungen die Bezahlung des Psychotherapeuten übernehmen. Dieses Thema hat nach wie vor eine enorme berufspolitische Bedeutung. Es gab nicht wenige Berufskollegen, die bei der vorjährigen Zuzahlungsdebatte wie in alten Zeiten die direkte Bezahlung durch den Patienten als notwendiges Geldopfer des Patienten therapeutisch begründeten. Insofern erscheint mir die Theorie von der Notwendigkeit der Barzahlung des Patienten an den Therapeuten und der Notwendigkeit eines persönlichen Geldopfers des Patienten als besonders eindrucksvoller Beleg für die Einäugigkeit von Therapeuten in Geldfragen, was einen kurzen Ausflug in diese fast 100jährige Debatte rechtfertigt.

Ohne ein solches persönliches Opfer des Patienten:

- könnte die Therapiemotivation oder die Veränderungsmotivation fehlen;
- hätte der Patient nicht die Möglichkeit, sich weniger beschützt und frustriert und abhängig zu fühlen und könnte sich die Übertragungsneurose mangels negativer Gefühle nicht entfalten, also ohne Geldopfer würde der Therapeut dem Patienten nur einseitig sympathisch sein;
- der Patient schließlich den Bezug zur Realität verlieren (Kemper 1950; Lorand u. Console 1958; Malpert 1972; Meltrop 1986; Mooy; 1982 zitiert bei De Nobel).

Nie wurde irgendwo ein empirischer Beweis für diese Behauptungen angetreten. Aber – was das Interessanteste ist – sie widersprechen wesentlichen therapeutischen Vorstellungen der Psychoanalyse. Wie de Nobel (1989), der diese theoretischen Fragen am klarsten behandelt, feststellt, basieren diese Aussagen auf zwei theoretischen Prämissen:

1. bestimmte unbewußte Konfliktmuster könnten nicht mobilisiert werden, wenn die Behandlung extern finanziert wird;
2. das Fehlen eines persönlichen Opfers brächte zu viel Wunscherfüllung mit sich und wirkte sich dadurch erschwerend auf die Analyse aus.

Analytiker, die doch in ihrer Ausbildung gelernt haben, daß die Neutralität des Analytikers das höchste Gut ist und daß reale Beziehungen zum Analytiker den Patienten hindern, seine Übertragungsfantasien zu entfalten, kommen ausgerechnet beim Bezahlen ihres Honorars plötzlich auf die Idee, es bedürfe solch einer konkreten Interaktion zwischen Patienten und Analytiker, um an innere Fantasien und Konflikte heranzukommen. Niemand hat bislang behauptet, man müsse Nahrungsmittel in der Stunde austauschen, um orale Konflikte zu stimulieren oder den Partner des Patienten körperlich hinter die Couch stellen, um ödipale Konflikte zu provozieren.

Ein bekannter Gruppentherapeut (Gans 1992) schwärmt in einer Arbeit über Bezahlungsmodalitäten: Verlange man vom Patienten das Honorar cash auf die Hand, hätte man mit dieser – er nennt es ausdrücklich – "Frustration" gar den Königsweg zum Unbewußten geöffnet.

De Nobel (1989) fragt mit Recht, inwiefern diese Form der Frustration einen besonderen therapeutischen Effekt haben sollte und wenn ja, ob es dann nicht ebenso dienlich sein könnte, regelmäßig Termine abzusagen, um den Wunsch des Patienten analysieren zu können, den Therapeuten immer verfügbar zu haben oder seine Stimme zu verändern, wenn der Patient sage, sie würde in ihm ein Gefühl der Wärme auslösen. Es dürfte sich lohnen, den Gründen nachzuspüren, die hinter solchen Denkmustern stehen. Ich denke, einerseits wird aus der Not eine Tugend gemacht, d. h. die ökonomische Abhängigkeit rationalisiert.

Aber was steckt hinter der Opfertheorie? Bekommt der Patient die Behandlung von Dritten bezahlt, fehlt die richtige Motivation. Der Patient muß ein persönliches Opfer bringen, das sein Leiden an der Krankheit steigert. Nur wenige haben es gewagt, hinter solchen Argumenten unbewußte Neid- und Rachegefühle des Therapeuten und dessen Gefühl des eigenen Zukurzkommens auszumachen. Im Gegenteil, auch die abstruseste Theorie wurde einer fachlichen Diskussion für wert gefunden. Ich erinnere an die analytische Praxis des großen Lacan, der – als er das Stundenhonorar an sich nicht mehr erhöhen konnte, die starke Nachfrage nach einer Analyse mit einer extremen Verkürzung der Stundendauer z. T. unter 15 Minuten quittierte und dies auch begründete – natürlich therapietechnisch und nicht durch sein ökonomisches Interesse (Vidermann 1996). Freud war da ehrlicher, indem er meist mit der Marktlage argumentierte.

Völlig unverständlich ist das Fehlen jeglicher Überlegungen, welche möglichen Nachteile die direkte Bezahlung hat, welche Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme etwa auftauchen, wenn der Therapeut materiell von seinem Patienten abhängig ist. Statt dessen müssen Thomä und Kächele (1986) in ihrem bekannten Lehrbuch die Fremdfinanzierung durch Krankenkassen im deutschen Versorgungssystem gegen heftige Kritik verteidigen. Allerdings tun sie es auf eher defensive Art, indem sie letztlich die Opfertheorie bestätigen,

wenn sie darauf aufmerksam machen, daß schließlich der deutsche Patient ein Opfer in Form mehrerer tausend Mark Krankenkassenbeiträge pro Jahr brächte (Thomä u. Kächele 1986, S. 216 ff).

Die Macht der Ökonomie und die gesellschaftliche Funktion des Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten als Berufsgruppe haben in Deutschland viel erreicht. Die Psychotherapie als Disziplin ist in der Medizin besser etabliert als überall sonst auf der Welt und weist alle Kriterien eines hohen Ausprägungsgrades ihrer Institutionalisierung aus: Eigene Lehrstühle an den Universitäten, eigene Fachärzte und Fachpsychologen, eigene EBM-Kapitel etc. Wissenschaftlich hat sie inzwischen einen guten Stand, wie bereits oben bemerkt. Was könnte uns dann gefährlich werden?

Ich behaupte, die Gefahr geht von einem professionellen Selbstverständnis aus, in dem weder unsere Funktion für die Gesellschaft noch für die Medizin ausreichend repräsentiert sind, und das von Loyalitätskonflikten strotzt. Betrachten wir zunächst unsere Rollenprobleme in Medizin und Gesellschaft.

Als Psychotherapeuten verfügen wir selbst über die Macht subtiler Manipulation und Einflußnahme auf Menschen und ihre Schicksale und benötigen daher konsensfähige Vorstellungen von den Konfliktfeldern im Verhältnis des Menschen zur Gesellschaft und unserer Rolle dabei. Psychotherapie, insbesondere Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin, haben aus diesem Grunde eine lange kulturkritische Tradition. Psychotherapeutische Tätigkeit – so beobachten wir oft – zieht Persönlichkeiten an, die sich einem aktiven Protest gegen eine Medizin verschreiben, deren biologische Grundorientierung der klinischen Erfahrungen vieler widerspricht (Kächele 1992).

Darüber hinaus behaupte ich, daß Psychotherapeuten zumindest in ihrer Anfangsorientierung nicht nur die Medizin, sondern auch die Gesellschaft kritisch hinterfragen. Der emanzipatorische, ja subversive Charakter einer Therapie, die ausdrücklich den Menschen selbstbewußter, d. h. freier und selbstverfügbarer machen möchte, hat weder den rechten noch den linken totalitären Systemen in das Konzept gepaßt (Geyer 1991). Sowohl Stalin samt Nachfolgern und Vasallen als auch die Nazis haben die Psychoanalyse als ideologischen Gegner identifiziert und analytische Psychotherapeuten verfolgt, vertrieben und ermordet (Elrod 1989). Derzeitig ist jedoch von kulturkritischen Tendenzen wenig spürbar. Auch beklagen nur wenige diese merkwürdige Abstinenz, die auf eine zunehmende

Anpassungsbereitschaft der Psychotherapeuten an das bestehende System deutet. Kaum eines der zahlreichen Lehrbücher problematisiert das notwendigerweise gespannte Verhältnis unserer Disziplin zur herrschenden politischen Ökonomie oder wenigstens der ökonomischen Politik. Kann dies bedeuten, dieses Spannungsverhältnis wäre kein Thema für uns? Diese Frage ermöglicht mir einen kurzen Ausflug in jene gesellschaftlichen Verhältnisse, die unser Bewußtsein, und insbesondere jenes unserer eigenen Rolle in der Gesellschaft formen.

Unsere Welt, so hatte ich eingangs gesagt, wird immer schwerer begreiflich und durchschaubarer. Peter Sloterdijk, der bekannte Philosoph, hat es so ausgedrückt: "Die komplexen Maschinen bringen uns dezent über die phänomenologische Grundsituation hinaus ... Erscheinen ist die ontologische Ausnahme, und das verständlich Vertraute ist nur ein dünner Film über dem Unverständlich-Unvertrauten ... Und mit Verweis auf unsere schöne Windows-Computerwelt: "... Es ist wie im Verhältnis zwischen Benutzeroberfläche und Komplexität dahinter. Die Benutzeroberfläche sagt uns charmant, du mußt gar nichts verstehen von der Komplexität. Trotzdem darfst du dich mächtig fühlen ..., die Macht der Idioten" (Sloterdijk 1996). Dieses Verborgensein unserer eigentlichen Ohnmächtigkeit brachte Nedelmann (1982) auf dem Höhepunkt der Atomraketen-debatte mit unserer politischen Enthaltensamkeit, die im starken Gegensatz zum ursprünglichen Anspruch der Psychoanalyse stände, in Zusammenhang. Nedelmann hatte damals vermutet, daß wir angesichts des Strebens nach nuklearer Übermacht und der damit stets präsenten Vorstellung von der absoluten Vernichtung des Feindes Abwehrprozesse einsetzen, die unsere Fähigkeit "um Menschen und Welt besorgt zu sein" (Winnicott 1974) verringern. Er bezieht sich auf die ebenfalls Anfang der 80er Jahre getroffene Feststellung Richters (1980, S. 174), das Verhältnis von absoluter Übermacht zu absoluter Ohnmacht angesichts der nuklearen Bedrohung sei so gravierend, daß es nur mit Hilfe eines schizoid-paranoiden, totalitären Denkens bewältigt werden könnte. Wenn einmal eine Nation ihre Sicherheit auf eine absolute Waffe stütze, würde es psychologisch notwendig, an einen absoluten Feind zu glauben. Ich persönlich denke, das beide Sichtweisen zwar einen Beitrag zum Verständnis unserer Situation liefern können, jedoch möglicherweise die politisch-ökonomische Basis unseres Daseins zu wenig berücksichtigen. Markuse, der ja stets auch psychoanalytisch argumentierte, hat bereits Anfang der 60er Jahre darauf hingewiesen, daß unsere kulturkritische Enthaltensamkeit Verhältnissen geschuldet ist, die er folgendermaßen charakterisiert. In einem westlich demokratischen System mit existentieller Grundsicherung des einzelnen und relativem Wohlstand eines größeren Teils der Bevölkerung gibt es eine Form subtil unmerklichen manipulatorischen Anpassungsdruckes, der über bürokratische Strukturen und Massenmedien vermittelt wird. Hinter dieser Art von Anpassungsdruck stecken keine machtlüster-

nen Diktatoren, sondern er wird von den Bedürfnissen eines übermächtigen ökonomischen Systems in Gang gesetzt und aufrechterhalten. An diese Form einer ökonomisch-strukturellen Übermacht paßt sich der Einzelne unbewußt an, läßt sich korrumpieren und verliert allmählich die Übersicht über die wirklichen Triebkräfte seines Handelns. Eine moderne Form der Entfremdung entsteht, deren Hauptcharakteristikum ihre Unbewußtheit ist. Damit eröffnet sich ein grundlegender Zwiespalt unserer Existenz, der uns Psychotherapeuten interessieren muß. Erst kürzlich hat Schriewer (1998) in einem Aufsatz im Zentralorgan der Deutschen Ärzteschaft, dem Deutschen Ärzteblatt, diesen Grundkonflikt des heute tätigen Mediziners aus medizinethischer Sicht thematisiert.

Er führt aus, daß unser traditionell christlich abendländisch geprägtes, auf einer personalen Auffassung vom Menschen ruhendes Berufsbild, das den Menschen in seiner Würde und Einzigartigkeit sieht, schwere Erschütterungen erfährt. Die Orientierungen, die unser Handeln bestimmen sollen – Ehrfurcht vor Gott und der menschlichen Würde, Redlichkeit, Toleranz und Vorurteilslosigkeit sowie Vernunft gepaart mit Mut – verlieren angesichts dieser Verhältnisse ihre Bedeutung. Auch der Auftrag des Arztes "der Gesundheit des Einzelnen und des ganzen Volkes zu dienen", der ja bedinge, daß der Arzt Anwalt des Kranken sei und nicht eines anderen sein dürfe, komme durch zwei gesellschaftliche Tendenzen in Gefahr.

Zum einen würden heute Ideologien nationalistischer, öko-systemischer, sozialistischer und anderer dem Zeitgeist huldigender Weltvorstellungen dominieren, in denen nicht mehr der Mensch, sondern andere, häufig menschenverachtende Interessen im Vordergrund stünden. Was diese aus Ärzten machen können, wissen wir nach den beiden deutschen Diktaturen dieses Jahrhunderts ziemlich gut. Der zweite Konflikt zwischen unserer – ich zitiere – "tradierten Humanitas und menschenverachtenden Interessen ist die jüngst unter dem Zwang schwindender Ressourcen geführte Diskussion über die Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. Bei dieser stark von ökonomischer Ideologie geprägten Auseinandersetzung ist es nicht auszuschließen, daß ärztliche Werte und das Wohl des Kranken ökonomischen Interessen geopfert werden", (Schriewer 1998, S. 1908, s. a. Krieg 1997). Aber wie sollte es anders sein? Die Medizin repräsentiert doch den wesentlichen Kern eines gigantischen und höchst lukrativen Gesundheitsmarktes. Was uns stärker beunruhigen sollte, ist der Charakter dieses Marktes, der die ökonomischen Interessen der Teilnehmer systematisch verunklart. Ich fasse kurz seine Merkmale zusammen:

1. Die doch für den "Gesundheitsmarkt" grundlegende Beziehung zwischen Patient und Arzt trägt gar nicht den Charakter einer freien Marktbeziehung von Angebot und Nachfrage, da der Arzt in wesentlicher Weise die Nachfrage steuert und damit sein

Einkommen selbst bestimmen kann. (Schon hier klafft ein Spalt zwischen Somatikern und uns, da unsere Situation durch die Zeitgebundenheit psychotherapeutischer Maßnahmen wesentlich transparenter ist.) Dies funktioniert in großen Teilen des Systems selbst noch im Rahmen einer globalen Budgetierung. Für die meisten Teilnehmer an unserem System der Krankenversorgung auf der Patientenseite existiert darüber hinaus auch das Problem der Kosten-Nutzen-Abwägung nicht, da ihnen einerseits die wirklichen Kosten einer Behandlung unbekannt sind und jeder Anreiz zu einer solchen Abwägung (der sog. Bestimmung des Grenznutzens) fehlt. Damit ist es unmöglich, einen "objektiven" Bedarf an Leistungen überhaupt auszumachen.

2. Dieser Markt basiert darüber hinaus auf individuellen Bedürfnissen, die sich objektiver Beurteilung weitgehend entziehen. Vor einigen Jahren machte eine Studie von sich reden. Etwa hundert Personen über 50 Jahre, die sich selbst als völlig gesund und leistungsfähig eingeschätzt hatten, wurden sorgfältig insbesondere im Hinblick auf Veränderungen am Skelettsystem untersucht. Diese Population subjektiv gesunder Menschen unterschied sich im Hinblick auf objektiv nachweisbare krankhafte Veränderungen z. B. der Wirbelsäule nur sehr wenig von einer gleich großen Gruppe wegen eines Wirbelsäulenleidens berenteter Menschen. Ähnliche Studien existieren zu Darmstörungen wie Reizkolo, funktionelle Darmstörungen und Laktoseintoleranz (Drossman et al. 1988; Whitehead 1988).

Inzwischen existiert eine Fülle von Untersuchungen, die den Eindruck verdichten, daß weniger die objektiven Anzeichen eines körperlichen oder seelischen Krankheitszustandes, sondern andere Faktoren das Verhalten von Menschen im Gesundheitssystem, z. B. ihr Inanspruchnahmeverhalten bezüglich medizinischer Leistungen, bestimmen (Übersicht bei Herschbach 1995). Gleichwohl handeln wir in unserem Gesundheitssystem auf der Grundlage der Annahmen:

A: Wer körperlich oder seelisch krank ist, geht zum Arzt, d. h. Patienten sind Kranke.

B: Es gibt eine Inanspruchnahme der Art, daß seelisch Kranke zum Psychotherapeuten oder Psychiater und körperlich Kranke zu den sonstigen Ärzten gehen. Beide Annahmen sind in ihrem Realitätsgehalt äußerst zweifelhaft. Bis zu 80 % aller Personen, die in einer Zeitspanne von 14 Tagen klar umrissene Symptome oder Beschwerden haben, gehen nicht zum Arzt, und wenn, erhalten sie keine sachgemäße Behandlung. Wir wissen aus der Mannheimer Studie von Schepank u. Mitarbeitern (Schepank 1987), daß kaum 10 % der seelisch Kranken von sich aus angemessene Hilfe in Anspruch nehmen. Viele Patienten sind somit nicht in dem Sinne Kranke, wie ihre Behandlung ausgerichtet ist. Wenn man Hausärzte davon befreien würde, unbedingt eine Diagnose stellen zu müssen, wäre nach amerikanischen Studien bei mehr als 2/3 ihrer Patienten diese Rubrik leer. Die Inanspruchnahmestatistik großer amerikanischer Krankenhäuser weist aus, daß 10 % – 15 % aller Patienten, die sog. "high utilizers", durchschnittlich 50 % aller medizinischen Leistungen in ihrem Distrikt vor und während der Krankenhausbehandlung beanspruchen, ohne daß dies

durch die behandelten somatischen Befunde hinreichend zu erklären wäre (Korff et al. 1990; Katon et al. 1992; Smith 1995). Es deutet also alles daraufhin, daß es offensichtlich bedeutsame Unterschiede zwischen den Menschen gibt, die die Leistungen unseres Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, also den Patienten, und denen, die dies als Träger der gleichen Störungen nicht tun. Kranke sind nicht unbedingt auch Patienten und Patienten sind keineswegs immer Kranke. Zum anderen finden sich seelisch gestörte Menschen nahezu ausschließlich ebenfalls beim somatischen Arzt und äußerst selten beim Psychotherapeuten ein. Was viele Menschen zum Patienten macht, sind offenbar nicht die körperbezogenen Beschwerden, sondern ein allgemeiner psychischer Belastungsfaktor, der die Inanspruchnahme auslöst. Ebenso ist es unabweisbar, daß in einem erheblichen Ausmaß in unserem Versorgungssystem keine sachangemessene Zuordnung von Behandlung zur Erkrankung besteht (Hessel et al. 1999).

3. Weder ist die Krankheitslast einer Bevölkerung objektiv bestimmbar, noch ein daraus ableitbarer objektiver Bedarf. Das, was Bedarf genannt wird, resultiert nicht nur aus Bedürfnissen von Kranken, sondern von psychosozial Belasteten, von sozial Bedürftigen, Ärzten, Politikern und Medizin-Industrie. Ein solcher Markt ist nie zu sättigen, beliebig manipulierbar und damit mit traumhaften Gewinnchancen gesegnet. Im Gegensatz zur festen Überzeugung von uns allen und unabhängig von der Tatsache, daß jeder die Hochleistungsmedizin außerordentlich schätzt, hat die Medizin für die Gesundheit eines Volkes, die Ökonomen nennen es die "Gesundheitlichkeit des sozialen Körpers", keine erstrangige Bedeutung. Weder die Höhe des für die Medizin aufgewendeten Sozialproduktes, noch die Zahl der Ärzte oder die Zahl der Krankenhäuser haben eine besondere Beziehung zur Gesundheitlichkeit. Man kann in die Medizin investieren soviel man auch will, die wirklich objektiven Kriterien der Gesundheitlichkeit- z. B. die Lebenserwartung – bleiben relativ unbeeindruckt. Auf den ersten Blick marginale Faktoren, beispielsweise die Höhe der Renten oder die Existenz sozialer Netzwerke in einer Bevölkerung entfalten z. B. wesentlich stärkeren Einfluß auf die Lebenserwartung. Dieser Sachverhalt mag nicht zuletzt durch die eben skizzierte falsche Zuordnung einer Behandlung zur Erkrankung selbst mitbegründet sein. Wenn jedoch Behandlungen in vielen Fällen in keinem halbwegs wissenschaftlich begründbaren Verhältnis zu ihren Gegenständen stehen, findet Fehlbehandlung im großem Stil statt. Das Ergebnis ist die massenhafte und zeitlich ausgedehnte Inanspruchnahme von Leistungen, ein gigantischer Chronifizierungsprozeß. Medizin und Gesellschaft verhalten sich dieser unglaublichen Verschwendung gegenüber relativ gleichgültig. An dieser Stelle fallen also die Interessen aller Marktteilnehmer, vielleicht mit Ausnahme der Psychotherapeuten, zusammen. Der Zustand des Sozialkörpers interessiert natürlich den Einzelnen in seinem persönlichen Streben nach Lebensverlängerung und Gesundheit kaum. Der will alles, was gut und teuer auf dem Markt angeboten wird, gleich was es kostet, und die Beratung, die er brauchte, um gegen

seine Vermarktung aufzubegehren, ist für ihn scheinbar nicht erstrebenswert. Sie hätte auch Konsequenzen, die kaum jemand wirklich will. Der dazu erforderliche veränderte Wertekonsens, der Politiker befähigen würde einzugreifen, ist nicht in Sicht. Die politische Entscheidung, welchen Bedürfnissen ein so hoher Rang eingeräumt wird, daß ihre Befriedigung kollektiv finanziert werden muß, hat gewaltige ökonomische Konsequenzen. Würde der Gesundheit des Sozialkörpers Vorrang eingeräumt, müßte die Sozialpolitik nämlich in erster Linie auf den Wohlstand des Einzelnen, seine Teilhabe am gesellschaftlichen Reichtum, also an hohen Löhnen und Renten ausgerichtet sein. Dies entspricht nicht dem gegenwärtigen politischen Trend. Man hält die individuelle Gesundheit für die entscheidende Größe und somit hat der Einzelne auf jede verfügbare Leistung einen Anspruch und man nennt das "soziale Gerechtigkeit" und "gesellschaftliche Solidarität" (Arnold 1993).

4. Damit erreichen wir den vielleicht entscheidenden Punkt: die Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialpolitik. Ein gutes Beispiel ist unser Sozialversicherungswesen. Ethisch verkörpert das Sozialversicherungsmodell die Werte "soziale Gerechtigkeit" und "Gleichheit". Dabei vermitteln seit ewigen Zeiten Sozialpolitiker von Bismarck bis Blüm und Fischer, sozialer Ausgleich wäre in besonderer Weise über den freien Zugang zu Gesundheitsleistungen und nicht etwa bevorzugt über die Beteiligung am sonstigen gesellschaftlichen Reichtum, herzustellen. Diese Vorstellung hat – wie alles was Menschen für wahr halten – in unserer Zivilisation enorme reale Konsequenzen. Für unser Thema bedeutet es, daß ökonomische Sachverhalte in der Realität einer therapeutischen Beziehung in der Medizin eine völlig andere Wirkung entfalten als in der Realität einer sonstigen Geschäftsbeziehung. Wird mit der Beteiligung am Sozialversicherungssystem der Anspruch sozialer Gerechtigkeit mit dem nach Gesundheit verbunden, treten ökonomische Fragen im Bewußtsein des Einzelnen stark zurück.

Das alles macht den Medizinmarkt außerordentlich attraktiv und entsprechend mächtig hat sich ein sog. medizinisch-industrieller Komplex entwickelt, dem die Psychotherapie bislang mit ihrem geringen Anspruch nicht in die Quere kommt. Langfristig mag das jedoch anders werden, wenn wir eines Tages mehr als 1-2 % der Gesundheitsaufwendungen beanspruchen. Dies wird spätestens dann sein, wenn wir beginnen, hochtechnisierte andere Fächer in ihren Anteilen zu beschneiden.

Derzeitig dominiert weiterhin der ethische Auftrag der Allgemeinheit an den Therapeuten, soziale Gerechtigkeit mit seiner Tätigkeit herzustellen und der Anspruch des Patienten, ein ihm zuständiges Recht zu genießen. Insofern eignet sich Medizin hervorragend auch für politische Zwecke. Allerdings ist der Grad der Unbewußtheit dieser politischen Funktion unserer Profession gebunden an die Art der Gewaltvermittlung einer Gesellschaft.

In der Diktatur, in der ich während des überwiegenden Teils meiner beruflichen Tätigkeit gelebt habe, war mir die Gefahr des Mißbrauchs meiner Tätigkeit sehr bewußt. Die mich Regierenden haben mit ähnlicher Unverblümtheit ihre Investitionen in das Gesundheitswesen betrachtet, wie der römische Kaiser Nero seine Ausgaben für Brot und Spiele. Ein funktionierendes Gesundheitswesen mit massenweiser Krankschreibung der Leute bei sozialen Konflikten und hätschelndem Kurbetrieb hält die Massen bei der Stange. Darauf war ich eingerichtet. Wir Psychotherapeuten, sagte ich mir und meinen Kollegen, spuken dem Staat genau an dieser Stelle in die Suppe. Unsere Subversion besteht ja gerade darin, politisch bedeutungslose Symptome und Beschwerden in bedeutungsvolle Konflikte mit einem immer auch politisch-ökonomischen Kontext umzuwandeln. Somit erhöhen wir die Spannung im System und entgehen dem allgemeinen Schicksal der Medizin, die Hure jedes Systems zu sein, wenn sie psychosoziale Spannungen als bewußtseinsfernes körperliches Leiden organisiert und damit nivelliert.

In dem System, in dem ich jetzt arbeite und funktioniere, liegen die Verhältnisse komplizierter. Brot und Spiele denkt man hier nicht. Wir sagen, wir seien eine Erlebnisgesellschaft und meinen damit die zivilisatorisch fortgeschrittenste Form des Prinzips "Panem et circenses". Von einer politischen Diktatur kann auch der Übelmeinende nicht ernsthaft reden. Die Vermittlungsformen von Macht und Gewalt sind äußerst subtil und in hochkomplexen, bürokratisch durchgestylten Strukturen unsichtbar gemacht. Unsere Gesellschaftsform gilt bei überwiegendem Teil der Bevölkerung spätestens seit der Wiedervereinigung als das beste real gestaltbare System. Entsprechend subtiler sind unsere ökonomisch-politischen Verwicklungen.

Die Macht der Ökonomie und die Zukunft der Psychotherapie

Das Interesse unseres Berufsstandes erfordert es, die ökonomische Perspektive unserer Tätigkeit wesentlich ernster zu nehmen als bisher.

Es ginge insbesondere darum, endlich in eine aktive gestaltende Position gegenüber den anstehenden Problemen zu gelangen. Dem stehen einige Defizite entgegen, die in erster Linie in unserem Bewußtsein liegen. Zunächst müßte von uns realisiert werden, daß die Entwicklung der Medizin in erster Linie vom medizin-praktisch irrelevanten politischen und ökonomischen Interessen bestimmt wird und weniger vom Fortschritt unserer Wissenschaft, ethischen oder sonstigen therapeutischen Motiven.

Als Disziplin muß uns klar sein, daß wir keinen Zugang zur ökonomischen Lobby der jetzigen Medizin besitzen. Wir sind in dieser Beziehung auch weiter Außenseiter und sollten die Position viel stärker leben und nutzen. D.h. die Anbindung an die traditionellen Fächer muß Grenzen haben und unsere Gegenposition zu einer reduktionistischen Medizin muß unsere Stärke werden.

Denn wir sind angewiesen auf gesellschaftlichen Konsens: Die Menschen unserer Gesellschaft wollen keine nur reduktionistische Medizin. Das beweist der riesige nicht-technische Gesundheitsmarkt.

Die Macht der Ökonomie findet ihre triumphale Bestätigung, wenn sie die Wertordnung der Gesellschaft bestimmt. Und das findet immer unverblümt statt. Wer, wenn nicht wir, besäße die Kompetenz, die biologischen Grenzen aufzuzeigen, die einer Anpassung des Menschen an nicht menschengerechte Verhältnisse entgegen stehen. Unser biologisches und – ich denke auch – soziales Erbe erlaubt keineswegs jede kulturelle oder soziale Manipulation. Die in unseren Konsum- und Leistungsgesellschaften erzwungene Loslösung der Absichten, Ziele und Ideale des Einzelnen von seinen elementaren, biologisch verwurzelten Affekten, sexuellen und sinnlichen Erfahrungen, seinen Bedürfnissen nach Bindung und Vereinigung, wie denen nach Autonomie und Selbstintegrität ist der Boden, auf dem Krankheit gedeiht. Es wäre auch dies die Funktion der Medizin und – ich denke – in besonderer Weise die Aufgabe der Psychodisziplinen, der Gesellschaft diesen Spiegel vorzuhalten.

Auch wir müssen die ökonomische Karte spielen: Zum einen werden wir selbst ein ernstzunehmender Wirtschaftsfaktor, wenn wir strategischen Allianzen mit anderen Psycho-, Sozio- und Beratungsberufen eingehen. Zum anderen müssen wir uns darüber klar sein, daß unser Wachstum andere Gebiete der Medizin zurückdrängt. Wenn wir und die anderen das erkannt haben, wird der jetzige KV-Verteilungskampf ein harmloses Vorspiel sein. Dazu müssen wir uns rüsten.

Folgende Ziele sollten wir in nicht allzu ferner Zeit erreicht haben:

1. Eine professionelle Identität, die die Psychotherapie als methodenübergreifend und berufsübergreifend verinnerlicht. Viele schwerwiegende Probleme unserer Berufsgruppe sind der Tatsache geschuldet, daß unsere professionelle Identität als Psychotherapeut im Konfliktfall anderen Loyalitäten geopfert wird. Wenn es darauf ankommt, bin ich nicht Psychotherapeut, sondern Arzt oder Psychologe, oder ich bin "Analytiker" und habe mit "Psychotherapeuten" nichts am Hut. Wenn wir erkannt haben, daß wir alle in einem Boot sitzen, wird der verhaltenstherapeutische Kollege, der psychologischer Herkunft ist, dem psychoanalytisch orientierten Arzt näher sein, als ein Arzt irgendeiner anderen Disziplin. Und irgendwann müssen wir dann aufhören, jenes

fachpolitische Katzenkonzert aufzuführen, das 40-50 Verbände und Gesellschaften, die sich nie einig sind, vor dieser Welt aufführen.

2. Wir müssen stärker zu den gesellschaftlichen Erwartungen an unsere Zunft stehen. Am dringendsten brauchen wir eine Ethik, die dem Hilfesuchenden die Gewißheit verschafft, daß ihm mit den derzeitig verfügbaren besten Methoden und dem geringstmöglichen Aufwand geholfen wird. Dazu taugt aber unser heutiges Ausbildungssystem nicht mehr.

Machen wir uns ausreichend klar, in welchem Ausmaß die Diagnosen und die Indikationen, die wir stellen und die Ziele, nach denen wir behandeln, eine unreflektierte Übereinstimmung mit gesellschaftlichen Interessen ausdrücken. Ist es nur wissenschaftlich zu erklären, daß Krankheits- und Therapietheorien, denen wir zu einer bestimmten Zeit anhängen, auf eine erstaunliche Weise dem jeweiligen Zeitgeist entsprechen. Noch in den 70er und z. T. 80er Jahren waren Konzepte en vogue, die die Defizite unserer Patienten fokussierten, was z. B. sehr gut den Kohutschen Therapievorschlügen entsprach, den Patienten mit dem früh entbehrten in der Therapie zu versorgen und eine Art kompensatorischer Wiedergutmachung an den Zukurzgekommenen der Gesellschaft zu versuchen. Dies entsprach den egalitären und sozialen Zielen des Westens zu jener Zeit. Angesichts der heutigen Forderungen nach dem mobilen, lebenslang lern- und anpassungsfähigen Arbeitnehmer, der nicht auf Versorgung aus ist, sondern auf Leistung und Selbstverwirklichung, bevorzugen wir Konzepte, die Therapie als Kompetenzentwicklung und Mobilisierung von Ressourcen begreifen. Aber auch das wäre nicht unproblematisch.

Zu den Hauptaufgaben unserer Disziplin gehört es, den Kampf zwischen den Schulen einzudämmen. Zweifellos muß im Gesundheitswesen geregelt werden, wieviel Geld pro Leistung gezahlt wird und wie das sachlich zu begründen ist. Aber ist es hinzunehmen, daß an dieser Stelle entschieden wird, welche Orientierungen und Methoden im ökonomischen Verteilungskampf die Oberhand gewinnen. Damit entsteht ein strategisch entscheidendes Feld, auf dem genauso absichtsvoll wie in gutem Glauben Therapie und "Techniktheorien" bei der Begründung ökonomisch folgenreicher Regelung verblüffende Konsequenzen entfalten. Was soll man davon halten, wenn psychodynamische Methoden nicht mit Entspannungsverfahren oder Einzel- nicht mit Gruppentherapie kombiniert werden dürfen, oder ein Patient, der analytisch behandelt wurde, zusätzlich aber eine Verhaltenstherapie braucht, damit mindestens zwei Jahre warten muß. Hier werden Verteilungsschlachten mit pseudowissenschaftlichen Waffen geschlagen. Ebenso ökonomisch begründet erscheint mir die mangelnde Bereitschaft der Psychotherapeuten, eine Grenze zwischen Psychotherapie und Beratung nicht nur berufs- oder fachpolitisch zu behaupten, sondern auch wissenschaftlich zu

begründen. Dies ist nicht nur eine berechtigte Forderung der Kostenträger, es ist auch ein ethisches Problem, wenn Psychotherapeuten Menschen als Therapiefälle organisieren, die keiner Therapie bedürfen.

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung ist ein solches Feld, auf dem sich derartige Konflikte außerordentlich deutlich abzeichnen. Alle Ergebnisse der Psychotherapieforschung sprechen dafür, dem Therapeuten der Zukunft verschiedene methodische Zugänge zur Störung der Patienten zu ermöglichen. Das bedeutet zunächst eine radikale Abkehr von der Vorstellung vieler Ausbilder, Psychotherapie sei genau die Methode, in der sie ausbilden würden. Und darüber hinaus die Bereitschaft sich überhaupt mit integrativen Therapiekonzepten auseinander zusetzen. Dies ist jedoch im Rahmen einer monomethodischen Ausbildung nicht zu gewährleisten. Nicht zuletzt ökonomische Motive der Ausbilder beeinflussen einen Reformprozeß, der Auswirkungen auf das Selbstverständnis des Psychotherapeuten haben würde. Anders ausgebildete Psychotherapeuten würden sich dann Psychotherapeuten nennen und nicht Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytiker oder Gesprächstherapeuten.

Fazit

Ökonomische Einflüsse durchdringen unser Fühlen und Handeln in einem Ausmaß, daß es uns gewöhnlich schwer fällt, sie von anderen Beweggründen unseres Dasein abzugrenzen. Rationalisierungsdruck und vielerlei ökonomische Abhängigkeiten schränken zusätzlich unsere Möglichkeiten ein, der eigenen Entfremdung zu begegnen. Die Geschichte der Psychotherapie zeigt eine Fülle von Merkwürdigkeiten im Umgang mit solchen Fragen. Dies legt die Vermutung nahe, daß Psychotherapeuten Abwehrformationen nötig zu haben scheinen, die ihnen das Bewußtsein ihrer Verstrickung mit und ihrer Abhängigkeit von "ökonomischen Mächten" ersparen.

Therapietheoretisch widersprüchliche und unsinnige Begründungen der Bevorzugung einer bestimmten Zahlungsmodalität psychotherapeutischer Leistungen sind nur ein Indiz bedenklicher Irrationalität. Schwerer wiegt die unreflektierte und damit defensive Anpassung an Systemzwänge. Der Psychotherapeut, von den bewußten Motiven seiner Berufswahl oft genug ein Gegenentwurf zum Homo oeconomicus, bedroht seine berufsständige Existenz mit der Weigerung, seine besondere Rolle und seine Chancen im Wettbewerb der Leistungsanbieter überhaupt anzuerkennen, geschweige denn sie im Konkurrenzkampf angemessen auszugestalten. Die nicht geringen Probleme unserer Zunft,

zwischen fachtypischen Ideologien der Realitätsabschottung, einer kulturkritischen Position und den Anforderungen des Wettbewerbs einen Platz in der Gesellschaft zu finden, sollten stärker ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit gerückt werden.

Literatur

- Arnold M (1993) *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende.* Enke, Stuttgart
- Arnold M, Armann W (1991) *Die Gesundheitsversorgung in Frankreich.* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Breyer F et al (1997) *Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland.* *Gesundh Ökon Qual Manag* 2: 59-73
- Drossmann D et al (1988) *Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome.* *Gastroenterol* 95: 701-708
- Elrod N (1989) *Freud und Luria und Wygotski, Psychoanalytiker und Kritiker der Psychoanalyse in der Sowjetunion.* In: Nitzschke B (Hrsg) *Freud und die akademische Psychologie.* PVU, München
- Frevert U (1994) *Krankheit als politisches Problem.* *Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen,* S 1770-1880
- Gans JS (1992) *Money and psychodynamic group psychotherapy.* *Int J Group Psychother* 41: 133-152
- Geyer M (1991) *Psychoanalytisches Denken in der Psychosomatik der früheren DDR. Das Subjektive in der Medizin.* In: Richter H-E, Wirsching M (Hrsg) *Neues Denken in der Psychosomatik.* Fischer, Frankfurt aM, S 129-138
- Geyer M (1994) *Gesundheit und Krankheit im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen.* In: *Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin. Schriftenreihe des Interdisziplinären Instituts für Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Bd 3.* Kleine, Bielefeld, S 186-196
- Geyer M (1996) *Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie.* In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie.* Thieme, Stuttgart New York, S 6-12
- Harsch W (1997) *Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Ökonomie.* *Psyche* 31: 1-29
- Herschbach P (1995) *Über den Unterschied zwischen Kranken und Patienten.* *PPmP* 45: 83-89
- Hillenbrand K (1979) *Das Geld in der psychoanalytischen Behandlung.* *Psychosom Med Psychoanal* 25: 17-33

- Hinrichs R (1984) Überlegungen zum psychoanalytischen Gesundheitsbegriff. *Psychother Med Psychol* 34: 261-268
- Hondrich KO, Koch-Arzberger C (1992) Solidarität in der modernen Gesellschaft. Fischer, Frankfurt aM
- Iglehart JK (1994) Physicians and the Growth of Managed Care. *Health Policy Report* 331: 1167-1171
- Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. *Z Psychosom Med* 38: 227-239
- Katon WJ, Korff M v, Lin E (1992) Panic disorders: Relationship to high medical utilization. *Am J Med* 92: 7-11 (Suppl 1A)
- Kisker K P (1971) *Medizin in der Kritik*. Enke, Stuttgart
- Klebanow S (1989) Power, gender, and money. *J Am Acad Psychoanal* 17: 321-328
- Korff M v, Katon WJ, Lin E (1990) Psychological distress, physical symptoms, utilization and the cost-offset effect. In: Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G de, Costa e Silva J, Lecrubier Y, Wittchen U (Hrsg) *Psychological disorders in general medical settings*. Hogrefe & Huber, Toronto, pp 159-169
- Krueger DW (1991) Money meanings and madness: A Psychoanalytic perspective. *Psychoanal Rev* 78: 209-224
- Krieg M (1997) Im Sog der Kommerzialisierung. *Dtsch Ärztebl* 94: A-902-906
- Lamprecht F (1996) Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatische und somatopsychischer Erkrankungen. *PPmP* 46: 283-291
- Nedelmann C (1982) Zur Vernachlässigung der psychoanalytischen Kulturtheorie. *Psyche* 36: 385-400
- Nobel L de (1989) Wenn der Patient nicht selbst bezahlt. *Psychoanal Psychother* 4: 1-12
- Parin P (1969) Freiheit und Unabhängigkeit: zur Psychoanalyse des politischen Engagements. *Psyche* 23: 81-94
- Richter HE (1980) Sind wir zum Frieden fähig. In: Richter HE (Hrsg) *Sich der Krise stellen*. Rowolth, Reinbek, S 174
- Riley GD et al (1983) Effect to therapist expectations and need for approval on self-disclosure. *J Clin Psychol* 39: 221-226
- Rothstein A (1986) The seduction of money. *Psychoanal Q* 55: 296-300
- Sartorius TB (1996) Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatr* 168: 29-34 (Suppl 30)
- Schepank H. (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schriewer H (1998) *Arzt zwischen Tradition und Wertewandel*. Dtsch Ärztebl 95
- Seligmann M (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol* 50: 965-974
- Sloterdijk P (1996) *Erleuchtung im schwarzen Kasten*. HWP/CPES, Baar Schweiz

- Smith GR, Rost K, Kashner MT (1995) A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 52: 238-243
- Smith ML et al (1980) *The benefits of psychotherapy*. J Hopkins Univ Press, Baltimore
- Viderman S (1996) *Die Psychoanalyse und das Geld*. Campus, Frankfurt aM
- Whitehead WE (1988) Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 95: 709-714
- Winnicott DW (1974) Die Entwicklung der Fähigkeit der Besorgnis. In: Winnicott DW (Hrsg) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München
- Wittmann WW (1996) *Evaluation in der Rehabilitation. Wo stehen wir heute?* DRV-Schriften, Bd 6, Frankfurt aM
- Zielke M (1993) *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. PVU, Weinheim
- Zielke M (1999) Kosten-Nutzenaspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *PPmP* 49: 361-367

Der ärztliche Beruf und die Macht des Geldes

Reformperspektiven für das Gesundheitssystem in Deutschland

Ellis Huber

Wem gehört das Gesundheitssystem?

Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung. So definieren die Bundesärzteordnung und auch die verschiedenen Berufsordnungen die gesellschaftliche Funktion des Arztes. Staat und Landesvertretungen verstehen die ärztliche Aufgabe als sozialen Auftrag. Medizin sei eine soziale Wissenschaft und Politik, nichts anderes als Medizin im Großen, postulierte Virchow bereits zu Beginn des industriellen Zeitalters in Deutschland. Im europäischen Lebensraum ist das gewachsene Gesundheitssystem Bestandteil einer helfenden und heilenden Kultur. Sie praktiziert solidarisches Miteinander und gibt dem einzelnen Menschen die Gewißheit, daß er bei Krankheit Hilfe erhält und von der Gesellschaft geborgen und gehalten wird. Das Gesundheitssystem muß das Gemeinwohl mit dem individuellen Wohlbefinden verbinden und im Einzelnen wie im Ganzen gesundheitsförderliche Verhältnisse bilden. Ein funktionsfähiges und tüchtiges Gesundheitswesen macht so das Soziale zur lebendigen Gestalt: Das Individuum erfährt sich als Teil einer sozialen Gemeinschaft und die Gesellschaft als schützenden Organismus. Preiswerte Gesundheit, also eine ökonomische Gestaltung des Gesundheitssystems für alle Bürgerinnen und Bürger sollte in modernen Gesellschaften als Produktivfaktor für wirtschaftliche Erfolge und nicht als ihr Abfallprodukt verstanden werden.

Nun steckt das bundesdeutsche Gesundheitssystem, wie alle vergleichbaren Systeme in den industriellen Gesellschaften, unübersehbar in einer grundlegenden Krise. Die Politik der Bundesregierungen hat bisher nur Reformkonzepte entworfen, die diese Krise verschärfen. Eine Gesundheitsreform jagte die nächste und die Chancen der Vereinigung wurden nicht genutzt, um aus unterschiedlichen deutschen Erfahrungen und Fähigkeiten zu lernen und eine verbesserte Kultur der medizinischen Dienstleistungen zu entwickeln. Das Land ist

auf dem Weg zu einer kommerzialisierten, dem freien Markt unterworfenen, Medizin. Das Denken und Handeln in der ärztlichen Praxis und den Einrichtungen der ambulanten wie stationären Gesundheitsversorgung verengt sich auf monetäre Zwänge und die zunehmend böseren Konflikte der Mittelverteilung. Die gegenwärtigen Prozesse der gesellschaftlichen Spaltung und die Degeneration des sozialen Bindegewebes durch die Verhältnisse einer globalisierten Wirtschaft mit einer Flexibilisierung des individuellen Lebens gefährden auch das Gesundheitswesen.

Angetreten mit dem Anspruch einer "geistig-moralischen Erneuerung" hat es Bundeskanzler Helmut Kohl geschafft, daß seine Gesundheitsministerinnen und -minister die solidarische Substanz und die gesellschaftliche Bindewirkung des Gesundheitssystems Stufe um Stufe zerstörten und einen medizinisch-industriellen Komplex frei schalten und walten ließen. Dies dient dem Kapital, aber nicht den Menschen. Die Aktienbesitzer freuen sich, wenn medizinische Konzerne Personal entlassen, und die Profiteure an den Krankheiten kommen ohne soziale Skrupel auf ihre Kosten. Am Übergang von der Industrie- zur Informationsgesellschaft wird der individuelle Körper zum lukrativen Kolonialisierungsobjekt der Gesundheitswirtschaft. Profitziele okkupieren das Gesundheitswesen, und die Kultur des Helfens und Heilens ist den Gesetzen der Kapitalmärkte und des kapitalistischen Wirtschaftssystems untergeordnet.

Zuletzt hat Gesundheitsminister Horst Seehofer unter dem jubelnden Beifall der Standesfürsten einer konservativen Ärzteschaft seinen politischen "Paradigmawechsel" formuliert: Die Kranken selbst müssen künftig mehr für ihre Medizin bezahlen, damit neues Geld in das System fließt. Auch die neue Bundesregierung und die neue Gesundheitsministerin Andrea Fischer sprechen von Selbstbeteiligung und "mehr Markt". Die aktuellen Reformversuche bedeuten bisher keine wirkliche Neuorientierung. Budgetsteuerung und bürokratische Regulationshoffnungen kennzeichnen die rot-grüne Hilflosigkeit. Auch damit lassen sich die Probleme einer systemischen Fehlsteuerung im Gesundheitswesen nicht lösen. Solche Politik vertieft die alte Krise und ergänzt die bekannten Symptome der Entsolidarisierung noch durch Resignation und Verzweiflung bei den Kräften im Gesundheitswesen, die bisher die sozialen Werte und die ärztliche Ethik verteidigt haben. Der Sog in US-amerikanische Verhältnisse ist vorgezeichnet, wenn die Bevölkerung und mutige Ärztinnen und Ärzte oder couragierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keine andere Richtungsentscheidung durchsetzen können. Das Gesundheitssystem gehört nämlich der Gesellschaft und nicht dem Kapital. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen sich entscheiden, wem sie nachhaltiger dienen wollen: den Kräften des Habens oder des Seins, ihrem individuellen Egoismus oder ihrem sozialen Gewissen, der Ethik oder der Monetik in der Medizin?

Individuelle Profite oder sozialer Gewinn?

Über 14 % ihres Bruttoinlandsproduktes pumpen die Vereinigten Staaten von Amerika in ihre Gesundheitsindustrie. Die kapitalistische Dienstleistungswirtschaft des freien Marktes kommt also nachweislich teuer und erreicht gleichzeitig nur ein geringes Maß an sozialer Gesundheit. Das Geschäft mit der Krankheit herrscht vor. Die lukrativen Bereiche der Gesundheitsversorgung sind in der Hand von Kapitalgesellschaften, und die "Aktienbesitzer-Medizin" nutzt eine zahlungsfähige Klientel für ihre Profitziele. Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin erfolgreich mit anderen Möglichkeiten zur Geldvermehrung. Die Gewinnerwartung der Medizinaktionäre übertrifft die meisten Anlagealternativen. Die größten Health-Care-Gesellschaften erwirtschaften aus den eingenommenen Prämien 20 bis 30 % Gewinn.

Solche Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung schafft jedoch wenig gesundheitliche Werte, und sie funktionalisiert auch die ärztliche Leistung. Das "New England Journal of Medicine" kommentiert nüchtern die Folgen: "Die Rolle der Ärzte hat sich radikal geändert, sie werden heute von Managern unterwiesen und sind nicht länger Anwälte des Patienten. Statt dessen sind sie Agenten einer Versicherungsorganisation. Das Ziel der Medizin ist eine gesunde Bilanz statt einer gesunden Population. Der Schwerpunkt liegt auf Effizienz, Profitmaximierung, Kundenzufriedenheit, Zahlungsfähigkeit, Planung, Unternehmertum und Wettbewerb. Die Ideologie der Medizin wird ersetzt durch die Ideologie des Marktes. Vertrauen wird durch Rechtsstreit abgelöst. In den Marktmetaphern bleibt kein Platz für die Armen und Unversicherten. In dem Maße, in dem die Medizin zum Kapitalunternehmen wird, wird die medizinische Ethik durch die Geschäftsethik verdrängt."

Gegenüber solchen amerikanischen Verhältnissen ist das Gesundheitssystem in Deutschland immer noch ein positives Beispiel zielorientierter Wirtschaftlichkeit und wertvoller Humanität. Nur etwa 10 % des Bruttoinlandsproduktes werden bei uns für gesundheitliche Dienstleistungen eingesetzt. Über 500 Milliarden Mark im Jahr setzt das Gesundheitswesen insgesamt um. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt davon 250 Milliarden Mark. Bezogen auf die volkswirtschaftlichen Vermögensverhältnisse sind in Deutschland die Gesamtausgaben für die Gesundheit seit Jahren stabil. Es gibt – anders als in Amerika – keine Kostenexplosion. Dieser Begriff dient einzig und allein einer angestrebten Umverteilung der gesellschaftlichen Ressourcen (vgl. Kühn 1997; Eisenberg 1998; Himmelstein 1998).

Wenn der Mitteleinsatz für die Gesundheitsversorgung in Deutschland amerikanische Dimensionen hätte, stünden jährlich bis zu 200 Milliarden Mark

mehr zur Verfügung. Dies ist das Finanzierungsäquivalent für bis zu 4 Millionen Pflegekräfte, Yogalehrer, Physiotherapeuten, Psychologen oder Hausärzte. Aber eine florierende "Aktienbesitzermedizin" würde weniger in solche personale Heilkraft, in helfende Hände (die im übrigen lokal und regional gebunden sind) investieren als vielmehr in die Medizinindustrie und in Technologieprodukte (die überall auf der Welt hergestellt werden können) und dabei gut 20 bis 40 Milliarden Mark Gewinnabschöpfung beanspruchen. Der Kostenvergleich zwischen dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik und dem der Vereinigten Staaten macht die gegensätzlichen Perspektiven deutlich. Die gesellschaftspolitische Entscheidung lautet:

- Wollen wir ein Gesundheitssystem, das die individuelle Profitmaximierung durch eine kapitalistische Dienstleistungswirtschaft und das Verdienen an der Krankheit und den Kranken begünstigt?
- Oder wollen wir ein Gesundheitssystem, das sozialen Gewinn erwirtschaftet und beste Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger zu günstigen Kosten anstrebt?

Mehr Profit oder mehr Moral lautet also die gesellschaftspolitische Kardinalfrage, die gegenwärtig zwischen christlicher Nächstenliebe und neoliberaler Begehrlichkeit zerrieben wird. Das Profitmotiv als alleiniger Antrieb für unternehmerisches Handeln produziert erfahrungsgemäß eher Verschleiß- und Ausbeutungskrankheiten als Gesundheit. Die Grundwerte der katholischen Soziallehre sind mit den Kräften des freien Marktes nicht vereinbar. Krankenschwestern sind für die gesetzliche Krankenversicherung immer preiswerter als Pharmamanager. Die Gesundheitspolitik entscheidet letztlich darüber, wohin die Geldmittel der Bevölkerung fließen und ob soziale Verantwortung oder rücksichtslose Gewinninteressen das Gesundheitswesen beherrschen.

Moderne Gesundheitspolitik muß deshalb im Gesundheitswesen ein soziales Projekt sehen und für ein Wirtschaften sorgen, das an Non-Profit-Zielen ausgerichtet ist und für Unternehmer, die ihr Handeln dem Gemeinwohl unterordnen. Mit dem Untergang des Sozialismus sind für den Kapitalismus die sozialen Fragen nicht gelöst. Im Gegenteil: Die Reanimation des Sozialen in der Marktwirtschaft wird zum entscheidenden Standortfaktor. Ein soziales Gesundheitssystem muß eben den Menschen mehr dienen als dem Kapital. Ist diese Forderung nach einer neuen Gesundheitspolitik nun eine romantischer Traum oder eine realistische Vision? Ich möchte dazu einladen und ermutigen, der Vision zu folgen: mit Träumen beginnt die Realität (Goeudevert 1999).

Krisensymptome des Gesundheitssystems

Die Krisensymptome des Gesundheitswesens zeigen ein komplexes Bild. Die Systemkrankheit folgt keinem einfachen Ursache-Wirkungsmuster. Das Syndrom einer kranken Medizin können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzte mit biopsychosozialer Empathie an unzähligen Beispielen beweisen. Ich will das pathogene Geflecht sich gegenseitig verstärkender Wechselwirkungen am Fall der Rückenschmerzen durchleuchten. Da mir Kollegen gerne den Vorwurf machen, ich sei nicht praxiskundig genug, berufe ich mich auf einen Hausarzt als Zeugen (Berbuer 1990):

"Nehmen wir als Beispiel einen Patienten mit Rückenschmerzen, Angestellter, 45 Jahre, ungerechter und jähzorniger Vorgesetzter, zänkische Ehefrau, die sehr auf ihr Äußeres bedacht ist und möglichst immer nach dem letzten Schrei der Mode gekleidet. Der Patient ist sehr aktiv in seiner Kirchengemeinde und wäre liebend gern evangelischer Pfarrer geworden. Seine Rückenschmerzen ergeben bei der klinischen Untersuchung keinen wesentlichen pathologischen Befund, die Bewegungen sind in alle Richtungen frei durchführbar. Er hat keine ausstrahlenden Nervenschmerzen. Der Patient wünscht schließlich eine Überweisung zum Orthopäden. Dieser findet bei der klinischen Untersuchung ebenso wenig, führt aber eine Röntgenuntersuchung der gesamten Wirbelsäule durch. Es finden sich kleine Randzacken am vierten und fünften Lendenwirbel, die, so wird dem Patienten mitgeteilt, möglicherweise Zeichen eines Bandscheibenverschleißes in diesem Bereich sind, und die Bandscheibe könnte dann die geklagten Beschwerden auslösen. Außerdem stellt der Orthopäde fest, daß die Gegend der Niere etwas druckschmerzhaft ist und empfiehlt das Aufsuchen eines Urologen. Spätestens jetzt beginnt die verhängnisvolle Lawine. Die Veränderungen an der Wirbelsäule sind eigentlich alterstypisch und sicherlich nicht der Grund für die Beschwerden. Der Patient hat jetzt aber ein Töpfchen, in das er seine Krankheit hineintun kann – den "Bandscheibenschaden". Es folgt die Überweisung zum Urologen, es wird sonographiert, die Nieren mit Kontrastmitteln geröntgt, die Blase gespiegelt, eine Vorsorgeuntersuchung gemacht. Es finden sich Veränderungen im Nierenbecken, die möglicherweise auf eine früher durchgemachte Nierenbeckenentzündung hinweisen, und eine minimal vergrößerte Prostata. Somit sind wieder zwei Erkrankungen dazugekommen, beide natürlich kontrollbedürftig, Wiedervorstellung in einem halben Jahr. Empfohlen wird noch eine Blutuntersuchung und der Ausschluß einer Zuckerkrankheit. Der nächste Schritt geht zum Internisten, der eine Erhöhung der Blutfettwerte findet, die mit Medikamenten behandelt wird.

Das Resultat nach einigen Wochen: Bandscheibenschaden, eine kranke Niere, vergrößerte Prostata, erhöhte Blutfettwerte. Der Patient hat als Folge das Bewußtsein des

drohenden Herzinfarktes und der wohl bald versiegenden Potenz. Die Therapie: einmal täglich eine Tablette für die Prostata, zweimal täglich eine Tablette für die Blutfettwerte; kurzum – der Dauerpatient ist geboren. Aber die Rückenschmerzen sind nach wie vor vorhanden, der Chef weiterhin jähzornig und ungerecht, die Ehefrau weiterhin zänkisch und unzufrieden. Sie wird sicherlich noch unzufriedener sein mit einem Mann, der jetzt zum Frühstück, Mittagessen und Abendessen seine Pillen schlucken muß und schon gewisse Verhaltensweisen des chronisch Kranken angenommen hat. Ein wirklicher Erfolg unseres modernen Medizinsystems!

Nach einem Jahr mühevoller Kleinarbeit nimmt der Patient heute keinerlei Medikamente mehr, er hat eine neue Arbeitsstelle angenommen und Gespräche unter Zuziehung seiner Ehefrau haben die private Situation deutlich verbessert. Er ist jetzt zufrieden und gesund, die Termine zu den jeweiligen Kontrolluntersuchungen hat er nicht mehr wahrgenommen."

Der ärztliche Praktiker veröffentlicht diese prägnante Fallbeschreibung in seinem Buch: "Zwischen Ethik und Profit, Arzt und Patient als Opfer eines Systems" Er selbst hat mittlerweile seine Kassenzulassung zurückgegeben und arbeitet nur noch mit privat zahlenden Patienten. Eine verantwortliche und ganzheitlich handelnde Medizin ist unter den bestehenden Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung tatsächlich nicht mehr durchzuhalten. Möglichst viel Medizin zu empfehlen ist lukrativ, Menschen im Leben heilend zu begleiten rechnet sich nicht genügend. Im bestehenden Gesundheitswesen überwuchern vielfältige Interessen und Herrschaftsbedürfnisse, die mit Heilen und Helfen nichts zu tun haben, die praktische Heilkunst. Die Macht des Geldes und die Gewalt des Systems beugt tagtäglich die Heilkultur und jeder Therapeut mit sozialem Anspruch kann seine eigenen Beispiele zum Beweis der beschriebenen Krankheiten des real existierenden Gesundheitswesens beisteuern.

Rückenleiden sind keine seltene Krankheit. Etwa 40 % einer Gruppe von Menschen in Deutschland gibt an, Rückenschmerzen zu haben. Irgendwann im Leben werden 80 % der Bürgerinnen und Bürger von Schmerzepisoden im Kreuz oder im Nacken gequält. Solche Rückenschmerzen sind aber nicht Ergebnis einer defekten Bandscheibe. Die gründliche Untersuchung von Menschen, die noch nie Rückenschmerzen gehabt haben, mit Computertomographen und anderen bildgebenden Verfahren stellt dar, daß 40 bis 60 % dieser rückenschmerzfreien Personen Bandscheibenveränderungen gleicher Gestalt zeigen wie Rückenschmerzpatienten (Schultz-Venrath 1993). Die Korrelation zwischen Rückenschmerz und Bandscheibenveränderungen ist also so zufällig wie die Beziehung zwischen der Zahl von Störchen und Geburten in Bayern.

Rückenschmerzen gehen selbstverständlich mit körperlichen Veränderungen einher. Der Stoffwechsel der Bandscheibe ist von regelmäßigen Anspannungs-

und Entspannungszuständen abhängig. Chronische Dauerspannungen beeinträchtigen die Bandscheiben. Aber auch die Verhältnisse des Lebens und die inneren Einstellungen von Menschen nehmen Einfluß, wenn der Rücken verkrampft ist und Schmerzen bereitet. Besonders häufig sind Menschen betroffen, die immer obenauf sein müssen, ständig gebraucht werden wollen, selbst aber nie hilflos sein und andere brauchen dürfen. Es sind dynamische Persönlichkeiten, die gleichzeitig besonders erfolgreich sind, die zum "Hexenschuß" neigen. Der Rückenschmerz spricht über einen mangelnden Ausgleich zwischen aggressiver Selbstbehauptung und Hingabebereitschaft. Das fehlende Lebensgleichgewicht wird durch Operationen nicht hergestellt. Schmerztherapeuten in Deutschland behaupten, daß bis zu 90 % der durchgeführten Bandscheibenoperationen nicht indiziert sind.

Die psychosomatische Medizin kann zahlreiche Geschichten zur pathogenen Verknotung von Menschenbild, ärztlichem Selbstverständnis, Systemwirkungen und monetären Zwängen aus dem Fundus ihrer Erfahrung beisteuern. Wie kann es nun gelingen, daß die Kultur des Helfens und Heilens über die Strukturen des Gesundheitssystems bestimmt und integrierte Medizin mit einer integrierten Versorgung einhergehen kann?

Von der Industriegesellschaft zur Informationsgesellschaft

Die Bundesrepublik Deutschland erlebt gegenwärtig den Übergang von der Industriegesellschaft zum postindustriellen Zeitalter, in dem Information und Kommunikation zu neuen Trägern der sozialen Wertschöpfung werden. Die strukturelle Ausdifferenzierung der Industriegesellschaft ging mit einer vergleichbar formierten Gestalt der Medizin einher.

Taylor war ein Zeitgenosse Virchows. Er begründete die Organisationskultur der arbeitsteiligen Aufgliederung und gestaltete die Abläufe der menschlichen Arbeit nach dem Konzept der Maschinen. Die Fabrik läuft als perfektes Räderwerk in dem jedes einzelne Glied funktional ins andere greift. Dieses technologische Grundmuster leitete den Menschen der industriellen Kultur in seinem Denken und Handeln an, es prägte Leitbilder und Modellvorstellungen.

Taylorismus und arbeitsteilige Spezialisierung bestimmen daher auch die Organisationsverhältnisse in der Medizin. Somatische Probleme erscheinen als Defekte im biologischen Getriebe und der menschliche Organismus funktioniert wie ein komplexes Uhrwerk. Die Krankheit als Betriebsschaden im menschlichen Körper bildet ein einprägsames und faszinierendes kulturelles Muster, das die

Medizin der Industriegesellschaft insgesamt kennzeichnet. Es gibt defekte Pumpsysteme und Leitungsstörungen, dysfunktionale Zellfabriken und falsch verbundene Gene. Auch Krankenhäuser arbeiten wie eine große Fabrik und das Gesundheitssystem nimmt die Form eines medizinisch-industriellen Komplexes an. Die Führungskräfte in Politik, bei Krankenkassen und in der Ärzteschaft entwickeln den Anspruch, die Megamaschine der Gesundheitsversorgung zu beherrschen und das komplexe Räderwerk exakt zu steuern. Die Gesundheitsminister, Landesfürsten und Kassenmanager möchten wie die Industriebosse des letzten Jahrhunderts die Gesundheitskonzerne mit patriarchaler Fürsorge lenken und leiten.

Dieses System und Kulturmuster steckt nun zwangsläufig in einer Krise, wenn die kapitalistische Wirtschaft ihre Räderwerke durch Netzwerke ablöst und Unternehmen plötzlich als soziale Organismen gesehen werden. Am Übergang von der Industrie- zur Informationsgesellschaft setzt sich in den Unternehmen eine neue Organisationskultur gegen die bisherigen tayloristischen Ordnungsmuster durch. Der Mensch mit seinen kreativen Fähigkeiten gerät ins Zentrum von Theorie und Praxis der Produktionsverhältnisse. Die arbeitsteilige und hierarchische Produktionsweise wird durch autonome und flexible Gruppenarbeit ersetzt. Die Produktivität von sozialen Systemen mit ihrer Fähigkeit zur Selbstorganisation und zur lernenden Anpassung an sich ständig wandelnde Anforderungen übertrifft nämlich die Ergebnisse der Fließbandarbeit. Qualitative Produktinnovationen und der Wert des Humankapitals lösen quantitative Wachstumsprozesse und die Bedeutung der materiellen Güter ab. Zwischen Mensch und Technik ebenso wie zwischen Individuum und sozialer Organisation entsteht dabei ein neues Verhältnis (beispielhaft beschreiben dies Womack et al. 1997) und der damit verknüpfte kulturelle Wandel wird auch die Medizin zu einem fundamentalen Wechsel ihrer Denk- und Handlungsmuster zwingen. Nichts wird bleiben, wie es ist. Alle beteiligten Führungskräfte wissen heute schon, daß auch die Welt der Gesundheitsversorgung radikal verändert werden muß. Aus der aktuellen Krise erwachsen aber nicht nur Gefahren mit allgemeinem Wehklagen, sondern auch neue Chancen und bessere Perspektiven! Die Zukunft wird eine Integrierte Medizin und ein Integriertes Gesundheitssystem herausbilden, die zu den Kulturmustern der Informationsgesellschaft passen. Die Medizin wird noch von einer Naturwissenschaft der Vergangenheit beherrscht. Das kommende Jahrhundert wird neue Wahrnehmungsfähigkeiten und Handlungsmuster erzwingen, die besser zur Informationsgesellschaft passen.

Die Erkenntnisse der Sozialepidemiologie, der Psychophysiologie, der psychosomatischen Medizin und der Gesundheitswissenschaften beweisen längst, daß die Vorstellung eines linear-kausalen Ursache-Wirkungsgefüges durch ein soziopsychosomatisches Modell ergänzt werden muß. Die wissenschaftliche

Auftrennung von Körper und Seele oder von Mensch und Umwelt, wie sie für das naturwissenschaftliche Verständnis der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert typisch war, macht zunehmend einem Denken Platz, in dem das menschliche Leben als hochgradig vernetzte Systemwelt begriffen wird. Die Gesellschaft beeinflusst die Gesundheit der Bürger durch die von ihr erzeugten Risiken und durch die von ihr bereitgestellten Gesundheitspotentiale. Mensch und Umwelt, Seele und Körper sind durch Wechselwirkungen auf das engste miteinander verbunden. Dem Gefühlsleben kommt dabei eine Schlüsselstellung zu: Der einzelne Mensch mit seinen Gefühlen reagiert auf die alltäglichen Erfolge und Niederlagen, auf Mühen und Belastungen und den Grad der individuellen Bedürfnisbefriedigung. Gefühle haben zugleich auch einen wesentlichen Einfluß auf Physiologie und Verhalten.

Soziale, seelische und physiologische Vorgänge hängen sehr viel enger miteinander zusammen, als Mediziner bisher angenommen haben. Dieses neue Wissen wird nicht nur die Gesundheitsförderung und Prävention sondern die gesamte Gesundheitsversorgung revolutionieren. Die Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin ist ein "Phänomen systemischer Fehlsteuerung" (Badura u. Feuerstein 1994). Dabei kommt man an der Erkenntnis nicht mehr vorbei, daß auch im Gesundheitswesen die Zeit der Technikfaszination zu Ende geht und statt dessen sorgsamer mit den dort beschäftigten und betreuten Menschen umgegangen werden muß.

Der Sozialmediziner Schäfer hat vor über zwanzig Jahren die "Soziopsychogenese" des Herzinfarktes und der Herz-Kreislauf-Erkrankungen überzeugend und beispielhaft beschrieben und den Horizont einer kommenden Medizin der Informationsgesellschaft ausgeleuchtet (Schaefer u. Blohmke 1977). Er sah damals schon eine "wahrhaft soziopsychosomatische Medizin" heraufziehen, die naturwissenschaftliche und sozialwissenschaftliche Erkenntniswege integriert: "wir sind also auf gutem Wege, mit wissenschaftlich exakter Methode, den alten Traum von einer holistischen oder Ganzheits-Medizin zu verwirklichen" (Schaefer 1976, S.146).

Die Perspektive eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, wie es Ende der 70er Jahre durch Engel (1977) und durch Thure von Uexküll (1979) ebenfalls wegweisend formuliert und inzwischen von den Gesundheitswissenschaften vielfältig bestätigt wurde, begründet das medizinische Modell der postindustriellen Zeit: Der individuelle Mensch ist Teil umfassender sozialer und kultureller Systeme und selbst ein kommunizierendes System, das aus vielen Subsystemen, bis hinab auf die molekulare Ebene besteht. Es handelt sich um eine Hierarchie von Systemkreisen, die dynamisch interagieren und mit Regulationen und Gegenregulationen oder mit Anpassung und Veränderung auf neue Situationen antworten. Wenn die Herausforderungen des Lebens glücken,

ist Gesundheit vorherrschend, wenn sie mißglücken, kommt Krankheit zum Ausbruch. Die wissenschaftlichen Grundlagen für eine postindustrielle Heilkultur sind längst vorhanden, jetzt geht es darum, sie im Gesundheitssystem zu verankern (v. Uexküll u. Wesiack 1988).

Integrierte Medizin

Kanzler Bismarck wollte damals im Jahr 1883 mit der gesetzlichen Krankenversicherung die soziale Frage konstruktiv beantworten, Land und Gesellschaft zusammenhalten. Sein Konzept einer Verknüpfung von individuellem Wohl und allgemeinem Wohlbefinden hat dem Gemeinwesen, wie alle anerkennen, gutgetan. Individuelle und soziale Gesundheit wurden gefördert und die Arbeitsproduktivität der Bevölkerung ist gestiegen. Das Prinzip der solidarischen Hilfe aus der Gemeinschaft für den einzelnen Bürger, der von Krankheit betroffen Not leidet, regenerierte und stärkte das soziale Bindegewebe.

Die "Soziale Marktwirtschaft" der Bundesrepublik Deutschland wuchs auf dem Fundament sozialer Integration. Die Vision eines solidarischen Zusammenhaltes in der Bevölkerung motivierte zum "Wirtschaftswunder". Das Gesundheitssystem war für Ludwig Erhard in der Tat noch Voraussetzung und nicht Abfallprodukt einer erfolgreichen Volkswirtschaft.

Die Erfolge, nicht die Kosten der Krankenversorgung nützen daher dem Standort Deutschland. Auch heute dürfte die Reanimation des Sozialen und die Reorganisation des bestehenden Gesundheitssystems mehr Fortschritt bringen als die politische Spaltung der Gesellschaft. Die Optimierung des bestehenden Gesundheitssystems ist die gesellschaftspolitische Herausforderung der Gegenwart. Das Streben nach Perfektion in der gesundheitlichen Wertschöpfung könnte für die Volkswirtschaft künftig auch mehr Nutzen stiften als das Gezeter der Arbeitgeber über die zu hohen Lohnnebenkosten.

Gesundheit läßt sich aber nicht verordnen. Sie ist ein Ziel, das Menschen in ihren sozialen Gemeinschaften anstreben. Nicht die Medizin, die Bürgerinnen und Bürger selbst müssen darüber bestimmen, was ihre Gesundheit ist. Die "Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung" sagt dazu: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten." Es geht nicht nur um die

individuelle Entwicklung gesünderer Lebensweisen, sondern um die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen (Pelikan et al. 1993).

Die Psychoneuroimmunologie, die Gesundheitswissenschaften oder die Erfahrungsheilkunde formulieren zur Zeit eine "Relativitätstheorie der Medizin". Die bisherigen Postulate der Biomedizin werden von dynamischen, biopsychosozialen Konzepten der gleichzeitigen Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung abgelöst. Eine solche integrierte Medizin sieht Gesundheit und Krankheit als Zustandsbeschreibung in einem kommunikativen Gewebe, das Gen, Person und soziale wie physikalische Umwelt miteinander vernetzt. Individuum und Kultur sind miteinander in Wechselbeziehungen verbunden. Kränkende oder pathogene und heilende oder salutogene Kräfte beeinflussen die Verhältnisse. Zellen und Organsysteme, Körper, Seele und soziales Leben, Individuum, Heimat und Gesellschaft sind in Wechselwirkungen miteinander verbunden. Die Hierarchie der Systemkreise reicht von der molekularen Ebene bis zur Kultur des gesellschaftlichen Lebens (Huber 1993).

Schmerzen lassen sich mit Aspirin bekämpfen, aber auch durch neues Glück im Alltagsleben. Einsamkeit und Prüfungsstreß verringern die Abwehrkraft der Blutkörperchen und Bakterien werden gefährlicher, wenn soziale Entwurzelung vorhanden ist. Mentale Einstellungen beeinflussen die physiologische Leistungskraft von Sportlern und Gefühle verändern die Körperchemie unmittelbar. Krebspatienten mit gutem Kontakt zu anderen Menschen haben deutlich höhere Überlebenschancen und Placebo-Medikamente vermögen wundersame Heilungen auszulösen. Dies sind eben auch Erkenntnisse der modernen Naturwissenschaft.

Zwischen Molekülen und sozialen Beziehungen bestehen interagierende Zusammenhänge. Kränkende und heilende Kräfte durchziehen die Lebensräume der Menschen und Medizin wie Sozialarbeit muß die Kommunikation zwischen den einzelnen Sphären verbessern. Das karthesianische Zeitalter in der Medizin und die Epoche des Leib-Seele-Dualismus gehen zu Ende. Künftig werden salutogenetische Fragen und Antworten, also wie Gesundheit entsteht und gefördert werden kann, ebenso wichtig sein wie die pathogenetische Orientierung, die nach den Wurzeln der Krankheit sucht und die Reparatur von Gebrechen anstrebt.

Ein soziales Immunsystem gestalten

Das Gesundheitsversorgungssystem eines Landes muß als kulturelle Gestaltungsaufgabe gesehen werden. Es geht darum ein soziales Immunsystem ins Werk zu setzen, das die Krankheitsgefahren unter den bestehenden Verhältnissen optimal abwehrt (Abb. 1.).



Abb. 1. Das Gesundheitssystem

Ein solches Immunsystem ist in seiner Funktionsfähigkeit davon abhängig, daß "Praxiskerne", "Krankenhauszellen" und Organe wie Krankenkassen, Ärztekammern oder kassenärztliche Vereinigungen sinnvoll zusammen wirken. Alle beteiligten Akteure sind Teile eines größeren Zusammenhangs und das Ganze ist mehr als die Summe der einzelnen Teile. Vor dem Hintergrund eines solchen

Konzepts gleicht das heutige Versorgungssystem einer Krebszellökonomie. Für eine Arztpraxis oder einen Krankenhausträger sind Verhaltensweisen betriebswirtschaftlich lukrativ, die der Ökonomie der gesamten Gesundheitsversorgung eher schaden. Diese Desintegration zwischen Gesamtziel und sektoralem Handeln der Subsysteme ist die Folge eines Führungsversagens. Die Führungseliten in der Ärzteschaft, in der Gesundheitspolitik oder bei den Krankenkassen sind nicht bereit, mit vernünftigen Honorar- und Finanzierungssystemen das Zusammenspiel der verschiedenen Einzelinteressen im Interesse des Gemeinwohls zu regeln.

Das Gesundheitssystem einer Bevölkerung gehört zum Bereich der kulturellen und nicht der wirtschaftlichen Wertschöpfung. Wirtschaftsmacht, Staatsgewalt und Bevölkerungskraft oder Zivilgesellschaft müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, wenn die Bevölkerung und das Individuum gesund sein sollen. Der soziale Körper endet in schlechter Kultur und mangelhafter Gesundheit, wenn die Wirtschaft absolut gesetzt wird. Der nackte Manchesterkapitalismus ist auf Dauer nicht heilsam. Es ist aber genau so gefährlich, wenn die Politik absolut gesetzt wird: Stalinismus wird mörderisch im Umgang mit der Gesundheit des einzelnen Menschen. Wenn das Wertesystem absolut gesetzt wird, versinkt die individuelle Gesundheit im fundamentalistischen Sumpf wie gegenwärtig im Iran. Die epochale Entscheidung am Übergang von der Industrie zur Informationsgesellschaft lautet: Wie können Kultur, Wirtschaft und Politik in ein vernünftiges Gleichgewicht zueinander gebracht werden?

Das gesundheitliche Versorgungssystem mit 10 % Umsatz beim Bruttoinlandsprodukt wird dabei zur zentralen Basis, um die kulturelle Entwicklung vorwärts zu treiben, im Gesundheitswesen entscheidet sich die Zukunft der Zivilgesellschaft.

Ein kapitalistisches Dienstleistungssystem lebt von der Desintegration zwischen Einzelegoismus und Gesamtnutzen. Es hat nämlich ganz andere Interessen als ein soziales Dienstleistungssystem. Gesundheitsversorgung kann marktwirtschaftlich oder gemeinwirtschaftlich konzipiert werden. Das marktwirtschaftliche Konzept hat im Wertesystem klare Ziele: Es geht um Wirtschaftswachstum und Kapitalverwertung. Die individuelle Gesundheit ist Objekt der Geschäfte. Krankenkassen und Versicherungssysteme sind zwangsläufig miteinander konkurrierende Wirtschaftsunternehmen, die gegeneinander im Wettbewerb rivalisieren. Die Versorgungsprozesse werden möglichst ressourcenaufwendig gestaltet und die Tendenz geht dahin, die individuellen Bürgerkörper zu kolonialisieren. Das Bildungssystem, Forschung und Entwicklung dienen den Umsätzen mit möglichst viel medizinischen Angeboten. Die Ausrichtung des Systems ist quantitativ und individuelle Gewinnoptimierung steht im Vordergrund aller Anstrengungen (Abb. 2.).

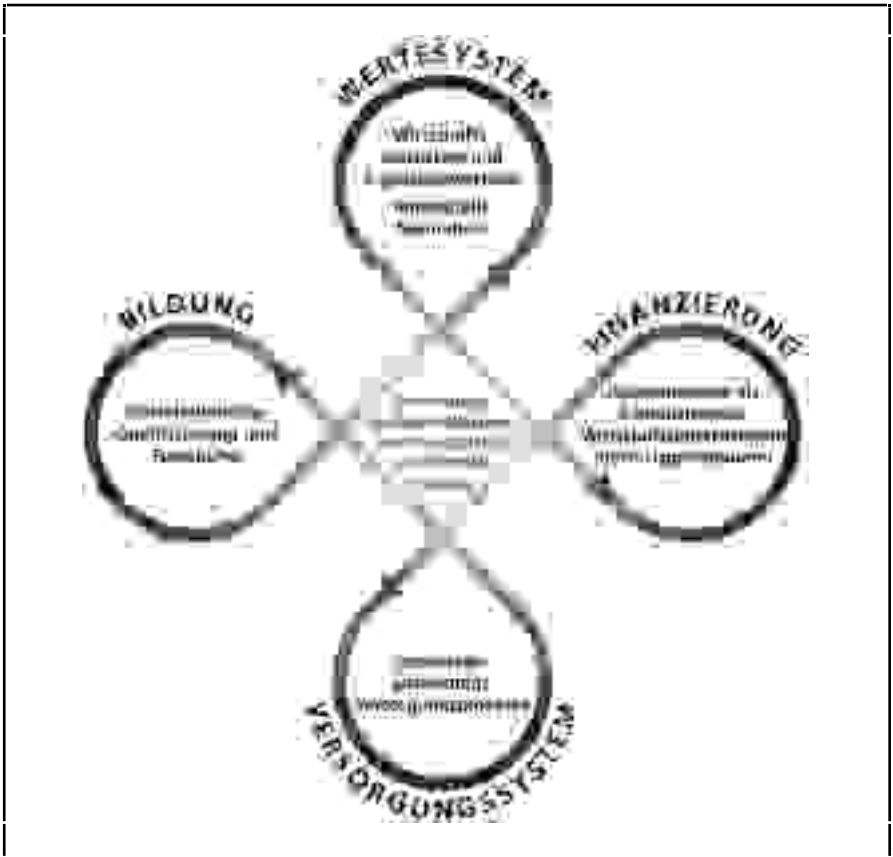


Abb. 2. Das marktwirtschaftliche Gesundheitssystem

Ein soziales Gesundheitssystem erfordert eine andere Systemgestaltung: Mitmenschlichkeit und gesellschaftliches Wachstum, individuelle und soziale Gesundheit sind das Ziel. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung verlangt folgerichtig auch der erste Paragraph der Bundesärzteordnung. Krankenkassen und Versicherungsunternehmen müssen als kooperierende Solidargemeinschaften und als "Non-Profit"-Organisationen gestaltet werden. Ein sozial integrierendes Gesundheitssystem organisiert ressourcensparende Versorgungsprozesse. Das Bildungs-, Qualifizierungs- und Forschungssystem hat sich systemdienlich zu verhalten. Die Orientierung richtet sich an Qualitätszielen und am sozialen Nutzen aus (Abb. 3.).

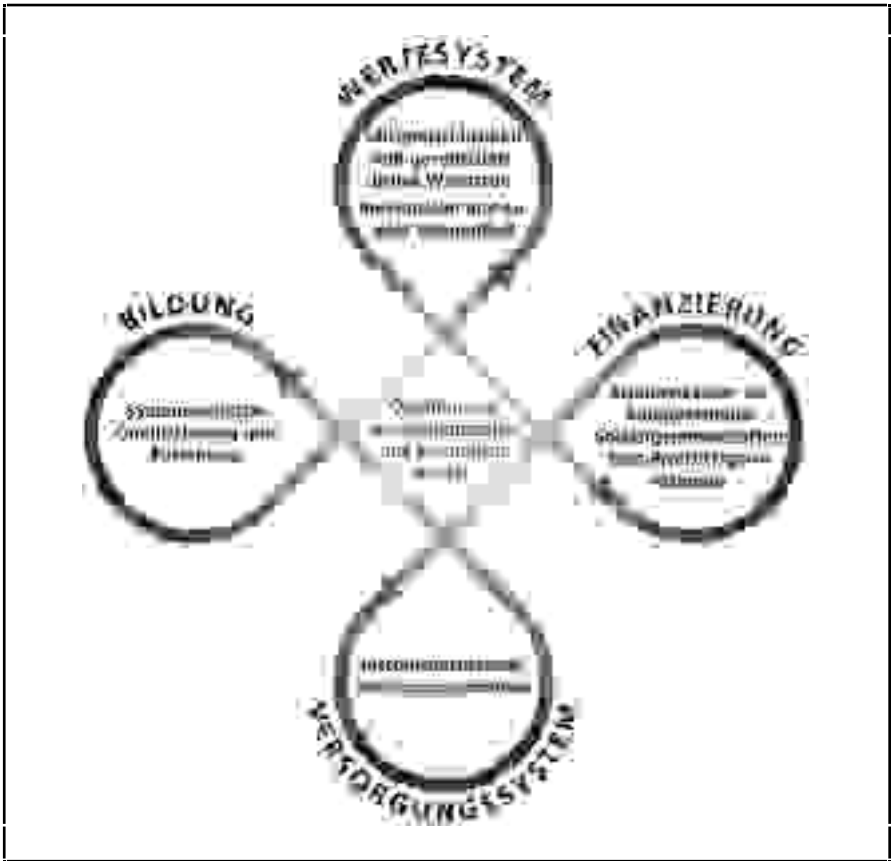


Abb. 3. Das soziale Gesundheitssystem

Integrierte Gesundheitsversorgung

Die meisten Menschen, die heute zum Arzt kommen, leiden an funktionellen Krankheiten, psychosozialen Störungen oder chronischen Gebrechen, denen mit symptomatischer Medizin nicht gut geholfen ist. Die Gefühle von Angst beispielsweise suchen sich vielfältigen körperlichen Ausdruck – vom Herzstechen bis zur Schilddrüsenüberfunktion, von Kopfschmerzen bis zum Rückenleiden – egal ob die Angst durch Arbeitsverlust, Beziehungskrisen oder mangelnde Lebensperspektiven ausgelöst wird. Im Wertschöpfungsprozeß Gesundheit ist eine Angstbekämpfung mit Herzkathetern oder Computertomographen daher Ressourcenvergeudung oder eine insuffiziente Scheinleistung.

Künftig sind Hausarzt und Krankenhauspraktiker herausgefordert, Menschen mit körperlichen, seelischen und sozialen Problemen zu helfen, einen selbständigen und selbstbestimmten Alltag gestalten zu können. Autonomie ist das Ziel der Heilkunst und der Gesundheitsversorgung. Alle helfenden Dienste müssen im Einzelfall ein gesünderes Leben trotz Behinderung organisieren und Versorgungsnetze für die Menschen bereitstellen, die mit Handicaps und Benachteiligung fertig werden müssen.

Ein Schulkind, das bei Kopfschmerzen lernt, daß Nachdenken über das Kopferbrechen sinnvoll ist und sinnlich erfährt, wie Veränderungen eines Leistungsanspruchs von Lehrern oder ein Abbau von Spannungen im Klassenverband Schmerzen bewältigen lassen, wird als Erwachsener mit Kopfschmerzen anders umgehen als ein Schulkind, das heute bei ersten Schmerzsymptomen mit Tabletten "ruhiggestellt" wird.

Die Leistungen von Medizin und Pflege umfassen ein komplexes Netzwerk von Hilfe und Unterstützung. Dazu gehören auch Gespräche mit Angehörigen, Kontakte zu Handwerkern, die Wohnraum behindertengerecht umbauen, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen oder die Ermutigung von Nachbarn, ein Versorgungsproblem mit zu lösen. Medizin und Pflege muß den einzelnen Menschen aktivieren, möglichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich mit seiner Lage fertig zu werden. Gesundheit heißt eben Autonomie für die betroffene Person: Autonomie trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps.

Gute Heilkunst unterläßt künftig alles, was dem betroffenen Kranken nichts nutzt. Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Patienten so behandeln, wie sie selbst behandelt werden wollen. Die Wertbestimmung für medizinische Angebote muß künftig vom Patienten her erfolgen und mit den Kranken zusammen abgestimmt sein. Der Nutzen ärztlicher Maßnahmen ist im Dialog mit dem "Kunden", zwischen Arzt und Patient im Einzelfall zu definieren. Wenn das gewünschte "Produkt" so individuell bestimmt ist, sollte der Wertschöpfungsprozeß das Ziel in möglichst kurzer Zeit zu möglichst geringen Kosten erreichen. Dies läßt sich nur realisieren, wenn die Professionen und Institutionen, Ärzte und Krankenkassen, Dienstleister und Finanziere eine systemische Sicht übernehmen und zu einem neuen Miteinander finden. Es muß also ein Ruck durch die sozialen Eliten gehen, der das soziale Gewissen der Heilkunst über die Geschäfte mit der Medizin stellt.

Die Gesundheitsreform beinhaltet einen Prozeß der Reorganisation sämtlicher Versorgungsweisen und eine Reanimation der sozialen Verantwortlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Produktivität der Primärprozesse sind für eine ressourcensparende Wertschöpfung von Gesundheit bestimmend. Die sekundären Funktionen wie Gesetzgebung, Verwaltung oder Verbandsinteressen müssen radikal verschlankt werden.

Die Optimierung des sozialen Gewinns und des individuellen Nutzens im Gesundheitssystem ist eine kontinuierliche Aufgabe aller Beteiligten, die von vornherein fachkundige Produktivität mit haushälterischem Mitteleinsatz verknüpfen. Ein schlankes Gesundheitssystem mit maximaler Wertschöpfung – diese politische Gestaltungsaufgabe ist die wirkliche Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland.

Ein sinnvolles gesundheitspolitisches Ziel wäre es nämlich, in Deutschland das robusteste, preiswerteste und gleichzeitig auch wirksamste gesundheitliche und soziale Versorgungssystem zu entwickeln, das machbar ist. So könnte das Gesundheitssystem zum Exportschlager werden wie vor 100 Jahren deutsche Pharmaka "die Apotheke der Welt" begründeten. Die Entwicklung eines produktiven Gesundheitssystem erscheint für den "Standort Deutschland" sinnvoller als die Subvention von einzelnen Industriekonzernen, die rücksichtslos das bestehende System ausnützen. Worum geht es also? Wir müssen jetzt die integrierte Medizin mit einer ganzheitlichen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit in die Praxis umsetzen und die integrierte gesundheitliche Versorgung mit den Institutionen und den Sektoren des heutigen Systems verwirklichen lernen.

Das Gesundheitswesen mit Zukunft

Das Gesundheitssystem ist keine "Megamaschine". Die Finanzierungsweisen sind der reformbedürftige Grund dafür, daß für eine sozialen Dienstleistung, ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis profitabel ist, was der Ökonomie des Gesamtsystems schadet. Je aggressiver heute ein Orthopäde aber seine Abrechnungstechniken ausschachtet, desto schneller gehen die Gelenke der Bevölkerung kaputt.

Die innerärztlichen Reformer wollen aus diesem bösartigen Kreislauf aussteigen. Sie reflektieren ernsthaft die vorherrschende geistige Orientierung, stellen das Menschenbild der Medizin in Frage, suchen neuen Sinn für ihr Handeln und sie bemühen sich die seelische Dimension des Systems zu berücksichtigen. Die Menschen im Gesundheitswesen, die Krankenhäuser, die Arztpraxen und die sozialen Dienste müssen jetzt tatsächlich lernen, kooperativ miteinander umzugehen und das Gesundheitssystem als Netzwerk zu gestalten.

Die Zukunft einer integrierten Gesundheitsversorgung wird ein neues Miteinander unterschiedlicher sozialer und gesundheitlicher Berufe herausbilden und das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Diensten verändern. Die gegenseitige Bereitschaft, Leistungen im Wertschöpfungsprozeß der Heilkunst

gewissenhaft zu definieren und sinnvoll zu belohnen dürfte die Produktivität des Versorgungssystems spürbar steigern und gleichzeitig neue Qualitäten erreichen lassen.

Das Unternehmen Gesundheit für Deutschland hat seine Zukunft jenseits der Krebszellökonomie als kooperatives Netzwerk. Wer in diesem System arbeitet, tut dies im Bewußtsein, Teil eines größeren Ganzen zu sein. Das Ganze ist mehr als die Summe aller Teile. Jeder zeigt sich bereit, seinen Beitrag für den Erfolg des Versorgungsnetzes zu liefern und die Funktionstüchtigkeit des gesamten Systems zu stärken. Kooperativer Wettbewerb um Leistungen und Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung lösen die heutige Konkurrenz um Finanzierungspründe und profitable Versorgungsnischen ab. Das Leitbild eines sozialen Immunsystems beschreibt eine realistische Utopie.

Die Gesundheitsversorgung von morgen ist dabei keine von oben gestaltete und beherrschte Versorgungsmaschinerie mehr, sondern ein von unten gebildetes, ständig wandelbares, sich selbst organisierendes komplexes System, ein lebendiger Organismus. In der Zukunft werden voneinander abhängige und aufeinander bezogene Problembewältigungsgruppen zum Versorgungsträger, die gesundheitliche und soziale Arbeit im Wissen um die gemeinsame Aufgabe ins Werk setzen. Die Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation, das Wissen und Können der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten mehr Anerkennung im Versorgungssystem als strukturelle Machtausübung, Befehlshierarchien oder berufsständische Herrschaftsansprüche.

Ich plädiere also dafür, das Gesundheitssystem als soziales Projekt zu definieren und eine bewußt gestaltete Non-Profit-Gesundheitswirtschaft' anzustreben. Wettbewerb um Leistung der Heilkunst soll sein, nicht aber Wettbewerb um möglichst lukrative Profitraten. In der Subsidiarität aus der katholischen Soziallehre liegt der Wert der Selbstbestimmung und in der Solidarität der Arbeiterbewegung der Schatz von Nächstenliebe. Das Ziel heißt also: Wie können wir im Gesundheitssystem den sozialen Gewinn und den individuellen Nutzen optimieren und fachkundige Produktivität mit haushälterischem Mitteleinsatz verbinden? Die Aufgabe eines sozialen Gesundheitssystems ist es, preiswerte Heilkunst und kostengünstige Gesundheit für alle zu produzieren. Das Gesundheitssystem der Zukunft muß subsidiäre Solidargemeinschaften einem öffentlichen Markt von Leistungsbeweisen und Erfolgsberichten aussetzen. Dies wäre ein Wettbewerb um gute Heilkunst und wirksame Krankenhilfe.

Vom Räderwerk zum Netzwerk

Netzwerkorganisation zeichnet das biologische Leben aus. Der kleine Finger eines Menschen zuckt zurück, wenn er eine heiße Herdplatte berührt, ohne daß ein entsprechender Befehl durch das Großhirn gegeben werden muß. Dezentrale Autonomie ist so konstituierend für Leben und Überleben. Es stellt sich heute also die politische Aufgabe, biologische Prinzipien für die Gestaltung des sozialen Lebens zu übernehmen. Die Spannung zwischen Individualismus und Gemeinschaft, zwischen miteinander und gegeneinander in den sozialen Bezügen oder zwischen zentraler Machtausübung und dezentraler Autonomie bildet sich auch in den historischen Wurzeln der Sozialen Marktwirtschaft ab.

Das Prinzip der Solidarität und das Prinzip der Subsidiarität müssen miteinander verknüpft werden. Die Bauchschmerzen der Bürger in Oberbayern lassen sich nicht durch Gesetze in Bonn und bürokratische Pläne in der Verwaltung von Krankenkassen bewältigen. Wenn das Solidaritätsprinzip als machtpolitischer Volksbeglückungswahn ausagiert wird, endet dies in einer zentralistisch kontrollierten, mechanokratischen und lebensfeindlichen Welt. Das Subsidiaritätsprinzip der katholischen Soziallehre läßt sich zu individueller Schuldzuweisung pervertieren. Hilfe bekommt nur der, der sie auch bezahlen kann. Ein solidarisches Miteinander in kleinen, überschaubaren Lebensnetzen beschreibt künftige Perspektiven und die Alternativen zum gegenwärtig "hierarchisch-dominanten", "bürokratisch-sklerosiertenvorstand"-Versorgungssystem. Die Selbsthilfebewegung hat in Ansätzen diese kommende Kultur bereits vorgebildet.

Das Keimen der neuen Kultur läuft nicht ohne Widersprüche, Widerstände und Schwierigkeiten ab. Es gibt aber genügend Anzeichen, daß ambulante Betreuung, Beratungsdienste, Selbsthilfepotentiale, Nachbarschaftsinitiativen, kurative Behandlung, Prävention und Rehabilitation, Krankenhausversorgung und gemeinwesenorientierte Sozialarbeit mehr und mehr vernetzt und in der Praxis integriert zu handeln versuchen.

Die sozialen Bewegungen und die daraus entstandenen vielfältigen Projekte alternativer Gesundheitsdienste erproben heute schon erfolgreich die neuen Wege. Solidarische Mitmenschlichkeit ist in dezentralen, selbständig handelnden sozialen Netzen lebendig. Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und auch Verbraucherschutzorganisationen oder bereits große Vereinigungen von betroffenen Menschen und reformwilligen Professionellen, oftmals vernetzte Bündnisse von Laien und Experten haben die Fundamente für ein neues Gesundheitssystem längst gelegt.

Anzustreben ist jetzt ein integriertes System der Sozial- und Gesundheitsversorgung, eine Art Gesundheitsversicherung, in der die Aufgaben der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und die öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienste zusammengeführt werden. Die konkreten Versorgungsaufgaben erzwingen nämlich neue Organisationsmuster und Handlungsweisen.

Eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger deckt solidarisch den Bedarf an medizinischen Leistungen ab. Jeder hat die Möglichkeit zur freiwilligen Zusatzversicherung seiner individuellen Bedürfnisse. Der einzelne kann seine Krankenkasse frei wählen. Die Kasse muß jeden aufnehmen und Diskriminierung wird bestraft. Die Bedarfsversicherung kostet etwa 10 % der Einkünfte unabhängig von ihrer Quelle wie Lohn oder Vermögen. Freiwillige Zusatzleistungen finanzieren Dienstleistungen je nach individuellem Bedürfnis. Ein solche Ordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung führt zu einer neuen Abstimmung zwischen Individuum und Gesellschaft und verknüpft einen wirtschaftlichen Sektor der Pflichtversicherung mit einem dynamischen Markt für individuelle Zusatzbedürfnisse.

Wir stehen am Beginn eines Prozesses, der die Erfahrung und die Kompetenzen der helfenden Basis mit der Reformbereitschaft der verantwortlichen Gestalter des Systems zusammenführt. Ich sehe wohl, daß diese neue Kooperation und Kommunikation schwierig ist und an den real vorhandenen Interessen der heute Mächtigen scheitern kann. Trotzdem gibt es keine andere Perspektive. Der "dritte Weg" zwischen Markt und Staat ist eine ökologisch und sozial verantwortliche Vergesellschaftung der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ein Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse in einem "Non-Profit"-orientierten Gewebe unterschiedlicher Unternehmungen muß jetzt gesundheitspolitisch mehrheitsfähig werden.

Moderne Gesundheitspolitik gestaltet das Gesundheitssystem als gesellschaftlichen Organismus, der subsidiäre Solidargemeinschaften einem öffentlichen Markt von Leistungsbeweisen und Erfolgsberichten aussetzt. Dies hat einen Wettbewerb um gute Heilkunst und wirksame Krankenhilfe zur Folge. Ein "Non-Profit"-Unternehmen Gesundheit für Deutschland führt zu einem gesunden Ausgleich zwischen den egoistischen Impulsen einer kapitalistischen Produktionswirtschaft und den mitmenschlichen Bedürfnissen oder Gemeinschaftsidealen der Bürgerinnen und Bürger in der Informationsgesellschaft. Ein so gestaltetes Gesundheitssystem minimiert gesellschaftliche Destruktivität und optimiert gesellschaftliche Produktivität. So gesehen dürfte eine preiswert erreichte psychosoziale Gesundheit in Deutschland auch neue Produktivkräfte für die künftige Volkswirtschaft entfalten. Die heilsame Vernetzung von individuellem Wohl und sozialem Wohlbefinden stellt eine gesellschaftspolitische

Herausforderung dar, die im Gesundheitssystem gelöst werden kann. Gesundheits- und Sozialarbeit wird so zur sprudelnden Quelle für den gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß. Wenn wir das Yang der kapitalistischen Industrie mit ihren egoistischen Potentialen durch das Yin einer sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungswirtschaft ergänzen, sind 4 Millionen neue Arbeitsplätze in der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistung möglich. Dies wäre aber kein staatlich geplantes Organisationsmuster, sondern ein dynamischer gesellschaftlicher Wettbewerb um möglichst gute gesundheitliche Leistungen und menschlichen Nutzen.

Der Standort Deutschland hat also ganz andere Chancen als die Regierenden in den Hauptstädten glauben. Die gesundheitlichen und sozialen Berufe müssen nicht warten, daß der Staat ihre Arbeit finanziert, sie können darauf vertrauen, daß die Bevölkerung ihren Einsatz und ihre Leistung honoriert. Ich sehe am Ende des depressiven Tunnels der heutigen Reformkämpfe Licht für ein neues Gesundheitssystem, das Medizin und soziale Dienstleistung miteinander verbindet: Das Streben nach produktiver Kooperation anstelle der Konkurrenz um Finanzierungspfände. In den Krisenzonen der gesellschaftlichen Not wächst nämlich das Rettende mit besonderer Kraft.

Ein erneuertes Gesundheitswesen wird zum Hoffnungsträger für die Gesellschaft zwischen globalen Kapitalmärkten und individualisierter Auslieferung an Not und Krankheit. Zum Motor also für eine neue Solidarität und neue Gemeinschaftlichkeit. Die politische Kernaufgabe umfaßt dabei die Gestaltung einer integrierten Medizin und einer integrierten Gesundheitsversorgung. Maßstab ist der Mensch in seinen sozialen Bezügen und nicht das Geld oder der Aktienkurs. Couragierte Gesundheitspolitik kann – dies ist die ermutigende Botschaft für alle, die neu denken, handeln und organisieren wollen – zum heilenden Balsam für das zerbrechende soziale Bindegewebe werden und die gesellschaftlichen Verhältnisse so umgestalten, daß sie individuelle und soziale Gesundheit gleichermaßen fördern.

Der ärztliche Beruf, in sozialer Verantwortung und auf der Basis einer integrierten Medizin ausgeübt, erhält eine bisher verloren geglaubte neue Perspektive. Die Macht des Geldes muß für das ärztliche Denken und Handeln nicht bestimmend sein. Aber: ohne radikale Besinnung auf die gesellschaftliche Funktion der Heilkundigen und die Rückeroberung von humanen Werten im Gesundheitswesen wird die epochale Krise nicht zu bewältigen sein. Die Herausforderung ist eindeutig: es geht um Haben oder Sein. Die ärztlichen und ebenso selbstverständlich auch die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Chance, zu Pionieren einer neuen Heilkultur im postindustriellen Zeitalter zu werden und die Fundamente für ein gesundes Gesundheitswesen zu legen. Sie müssen dazu nur den Mut aufbringen, den

gesellschaftlichen Konflikt mit den Patriarchen der Maschinenmedizin und den pathogenen Kräften der kapitalistischen Wirtschaftsweise auszutragen. Revolutionen im Zeitalter der Wissensgesellschaft setzen die Revolutionäre nicht mehr tödlichen Gefahren aus. Viviane Forrester legt beispielsweise, wie der Klappentext ihres Buches formuliert, "den Finger tief in die Wunde der sozialen Krise, an der unsere Zivilisation auszubluten droht. Ihre Streitschrift (Forrester 1998) ist eine zornige, leidenschaftliche Anklage gegen die zynische, menschenverachtende Weltwirtschaft und das Versagen der Politik, ebenso aber auch gegen individuelle Resignation." Für ihr Werk erhielt sie in Frankreich den angesehenen "Prix Medici". Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sollten also ebenso selbstbewußt Courage in unseren Reihen aufbringen wie die Schriftsteller und Ökonomen.

Wir stehen am Übergang von einem Jahrtausend zum nächsten. Vor tausend Jahren hatte die Bevölkerung in Europa ebenfalls Angst: Angst davor, was die Zukunft bringt. Es war prophezeit worden, das Ende des ersten christlichen Jahrtausends werde auch das Ende der Welt sein. Als der kritische Zeitpunkt ohne die allgemein erwartete Sintflut vorüberging, atmete ganz Europa erleichtert auf. Nach dem Millenium kam die Zeit der Kathedralen (Swaan 1996). Die Kathedralen waren der öffentliche Ort, wo politische Macht, geistliche Orientierung, die Bürgerschaft und die Wirtschaft zusammenkamen, um die öffentlichen Angelegenheiten zu verhandeln. Die Kathedrale gab der sozialen Gemeinde Identität und Sinn. Die Kirchen und Kathedralen waren Leistungen der Städte und Mittelpunkt des Gemeinwesens, eine erstaunliche Bündelung von schöpferischen Kräften, die den kollektiven Zusammenhalt über die individuellen Interessen stellten. Die mittelalterliche Kathedrale war nicht nur ein Ort der Andacht. In ihren Mauern spazierten die Leute, sie plauderten miteinander, Liebespaare trafen sich, man schlief und aß in der Kirche und hielt Gemeindeversammlungen ab. Die Kathedrale war Schauplatz von Rechtshändeln, Disputationen, Examsenfeiern, Theateraufführungen und allen möglichen Geschäften. Der Kölner Dom wurde im Jahr 1248 begonnen und 1880 fertiggestellt, als die industrielle Gesellschaft ihren Siegeszug längst begonnen hatte. Die Universitäten, die Rathäuser, die Bahnhöfe, die Kernkraftwerke oder die Einkaufszentren konnten nie den Platz erobern, den die Kathedralen für die gesellschaftliche Identität stifteten. Heute spürt die säkularisierte Gesellschaft ein Vakuum.

Die Arbeit mit notleidenden Patienten und die Sorge für Kranke vermittelt einen besonderen Kontakt zum Kern des Menschlichen. Ein neues Gesundheitssystem könnte im nächsten Jahrhundert die gesellschaftliche Funktion der Kathedralen übernehmen und die Häuser zur Ehre Gottes mit Häusern für die Würde des Menschen ergänzen.

Es spricht nämlich vieles dafür, daß im nächsten Jahrtausend, die Krankenhäuser und die Arztpraxen zu Netzwerken werden, in dem Laien und Experten zusammenwirken und kreative Kräfte gesammelt werden, die dem Sozialen dienen und die Gefühle des Gemeinsamen ausdrücken können. Das sozial gestaltete Gesundheitssystem schenkt den Menschen den öffentlichen Ort, an dem die Belange des gesellschaftlichen Bindegewebes besprochen werden. Es bündelt als öffentlicher Treffpunkt die sozialen Kräfte so, daß die Menschen Sinn und Gemeinschaft erfahren. Ein solches Gesundheitssystem wird dafür sorgen, daß die Menschen gut auf die Welt kommen, ihr Leben dort möglichst lange autonom gestalten können und dann in Würde diese Welt auch wieder verlassen dürfen. Das moderne Gesundheitssystem bildet die zentrale Infrastruktur für die Zivilgesellschaft von Morgen.

Wir sind alle Zeugen des Entwicklungsprozesses, der sich in den nächsten Jahren in Europa abspielen wird. Das Gesundheitswesen ist ein Schlüssel für das gesellschaftliche Wachstum. Ein Kongreß der Psychotherapie ist für mich ein geeigneter Anlaß dafür, auch über die Herkunft und die Perspektiven des Gesundheitswesens zu reflektieren und die couragierte Menschlichkeit der Psychotherapie in den größeren Zusammenhang gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse zu stellen. Es begeistert nämlich viele Bürgerinnen und Bürger, Gesundheitssysteme zu schaffen, die dem einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung gleichermaßen dienen. Es lohnt sich, dabei zu sein und mitzumachen. Die Psychotherapie ist Bestandteil einer Medizin, die Liebe praktiziert und die Wirkung der psychiatrischen Anstalten oder der Psychopharmaka nicht mißbraucht: Die Lindauer Psychotherapiewochen finden im Jahr 2000 zum fünfzigsten Mal statt. Ich erlebe die dadurch gewordene neue Gemeinschaft, die auch an vielen anderen Orten lebendig ist, als Frühlingserwachen für eine neue Medizin in sozialer Verantwortung. Ich selbst war vor jetzt zwanzig Jahren erstmals dabei und ahnte damals nicht, daß ich heute einen Beitrag liefern darf und auch noch soviel Unterstützung erfahre: Danke!

Literatur

- Badura B, Feuerstein G (1994) Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Juventa, Weinheim München
- Berbuer E (1990) Zwischen Ethik und Profit. Access, Königstein-Falkenstein
- Eisenberg L (1998) Managed Care und die Arzt-Patient-Beziehung. In: Kolb S, Seithe H (Hrsg) Medizin und Gewissen. Mabuse, Frankfurt aM

- Engel GL (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196: 129-136
- Forrester V (1998) Der Terror der Ökonomie. Goldmann, München
- Goeudevert D (1999) Mit Träumen beginnt die Realität. Rowohlt, Berlin
- Himmelstein DU (1988) Krankheit und Profit. In: Kolb S, Seithe H (Hrsg) Medizin und Gewissen. Mabuse, Frankfurt aM
- Huber E (1993) Liebe statt Valium. Argon, Berlin
- Kühn H (1997) Managed Care, Papers der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, S 97-202
- Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K (Hrsg) (1993) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Juventa, Weinheim München
- Schaefer H, Blohmke M (1977) Herzkrank durch psychosozialen Streß. Dr. Hüthig Verlag, Heidelberg
- Schaefer H (1976) Die Hierarchie der Risikofaktoren. MMG 1, Enke Stuttgart, S 141-146
- Schultz-Venrath U (1993) Chronische Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In: Egle UT (Hrsg) Der Schmerzkranke. Schattauer, Stuttgart New York
- Swaan W (1996) Die großen Kathedralen. DuMont, Köln
- Uexküll Th v (Hrsg) (1979) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Uexküll Th v, Wesiack W (1988) Theorie der Humanmedizin, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Womack JP, Jones DT, Ross D (1997) Die zweite Revolution in der Autoindustrie. Heyne, München
- Womack JP, Jones DT (1997) Auf dem Weg zum perfekten Unternehmen. Campus, Frankfurt aM

Macht und Verantwortung für den Patienten

Michael von Cranach

Ich möchte meinen Beitrag mit der Schilderung eines persönlichen Erlebnisses beginnen, einem Erlebnis, das ich sehr gut erinnere, obwohl es schon sehr lange zurückliegt. Ich bin in Spanien in die Schule gegangen. Damals in der Nachkriegszeit gab es keine offizielle deutsche Schule. Ich besuchte eine Schule in der auch einige deutsche Lehrer unterrichteten, allmählich kamen auch junge deutsche Referendare, die wir sehr bewunderten und schließlich wurde die Schule Mitte der 50er Jahre wieder eine offizielle deutsche Schule. Es kam ein neuer Direktor aus Deutschland, der alle unsere Vorurteile, die wir uns von einem teutonischen Schuldirektor gemacht hatten, erfüllte und wir bekamen ihn als Deutschlehrer. Bald mußten wir den ersten Schulaufsatz schreiben, das Thema lautete: „Wort – Antwort – Verantwortung“. Wir waren es nicht gewohnt, solche tief sinnigen Aufsätze zu schreiben und taten uns schwer. Ich erinnere mich genau, wie ich damals versucht habe, dem Thema gerecht zu werden. Mein Gedankengang, sicher sehr stelzig und holprig ausgedrückt, lautete folgendermaßen: Ohne Worte ist man nicht in der Lage sich auszudrücken. Komplementär zum Wort ist die Antwort, Wort und Antwort ermöglichen den Dialog, Voraussetzung des Menschseins in einem sozialen Gefüge. Nun hatte ich aber große Schwierigkeiten, das Wort Verantwortung unterzubringen. Ich habe es dann ins Spanische übersetzt und sofort eine Lösung gefunden. Da Sie mit dem Spanischen nicht so vertraut sind, will ich es mit dem englischen Begriff deutlich machen, der sich mit dem spanischen völlig deckt. Im Englischen heißt Verantwortung „responsibility“ ein zusammengesetztes Substantiv, bedeutend „the ability to respond“, die Fähigkeit zu antworten. Verantwortung sei die Fähigkeit, den zwischenmenschlichen Dialog auch menschlich zu führen. Ich habe dann noch hinzugefügt, was sicher ein Fehler war, daß im Deutschen der Begriff Verantwortung durch die Silben „ver-“ und „-ung“ so verunstaltet sei und eine klare Bedeutung vermissen lasse und der Direktor schrieb mir – ich sehe das noch vor mir – mit roter Tinte einen langen Kommentar. Er schrieb, daß ich das Thema verfehlt hätte, der Aufsatz voller Ausdrucksfehler sei. Das könne alles noch hingenommen werden, aber daß ich mir bei diesen Mängeln in der

deutschen Sprache auch noch erlaube, die Sprache Schillers und Goethes zu kritisieren, könne nicht hingenommen werden. Ich bekam eine 6. Das war ein fürchterliches Erlebnis, das ich nicht vergessen habe. Bei der Vorbereitung auf diesen Beitrag habe ich mich daran erinnert und gemeint, daß dieser Gedankengang doch gar nicht so schlecht war und hilfreich sein könnte bei der Entwicklung meiner Überlegungen zu diesem Thema.

Sie werden kein neueres Buch über medizinische Ethik finden, in dem nicht von einem Paradigmenwechsel in der medizinischen Ethik gesprochen wird. Manche sprechen sogar von einer kopernikanischen Wende. Die Arzt-Patienten-Beziehung verändert sich. Nicht mehr der Arzt steht im Mittelpunkt dieser Beziehung, sondern der Patient. Eine epochale Wende, weg von der klassischen paternalistischen ärztlichen Haltung hin zur Anerkennung der Autonomie, der Selbstbestimmung des Patienten. Voraussetzung und Grundlage für Autonomie, für autonome Entscheidungen des Patienten, ist das Konzept des „informed consent“, das ich so englisch stehen lassen möchte, da mir die deutschen Übersetzungsversuche sehr holprig erscheinen. Es sind diese drei neuen Begriffe, Autonomie, Selbstbestimmung und informed consent, die zum Grundsatz neuen ärztlichen Handelns geworden sind. Ich möchte im folgenden noch kurz den Begriff des Paternalismus streifen, um dann etwas ausführlicher auf den Zeitgeist einzugehen, der diesen Wandel bewirkt hat und schließlich mit den Konsequenzen dieses neuen Paradigmas für unser Fach enden.

Paternalismus

Nun zum Paternalismus: Paternalismus steht für die Haltung des Arztes in einer asymmetrischen Beziehung. Seine Fachkenntnisse, seine Erfahrung und seine Rolle erlauben es ihm, für den Patienten Entscheidungen zu treffen, die zum Wohl des Patienten gedacht sind. Ganz in der Analogie zum aristokratischen Regierungsmodell der Griechen, der gute Arzt meint es gut für den Patienten. In manchen angelsächsischen Lehrbüchern liest man, daß Paternalismus ein „dirty word“ geworden ist. Die dem Paternalismus zugrunde liegende Haltung des Altruismus ist abzulehnen. Wenn der Arzt selbstlos handelt und vielleicht sogar, wie wir das aus Arztromanen noch kennen, in der Lage sein muß sich selbst aufzuopfern für das Wohl des Patienten, schafft ihm das eine Macht, die eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung verhindert. Es ist eindrucksvoll zu lesen, mit welcher gefühlsbetonten Diktion diese Haltung kritisiert wird, z. B. durch die Forderung nach „impeachment of altruism und paternalism“. Nebenbei

bemerkt wird der Begriff Paternalismus auch von vielen dahingehend kritisiert, daß er gar nicht so typisch für die Rolle des Vaters sei, sondern eher der Rolle der Mutter entspreche, die fürsorglich für das Kind Entscheidungen treffe. Deshalb auch der Vorschlag, den Begriff Paternalismus durch Maternalismus oder als Kompromiß „Parentaralismus“ zu ersetzen. Aber eigentlich braucht man sich darüber keine Gedanken mehr zu machen, denn offensichtlich ist dieser Begriff zur Zeit „out“. Sicherlich hat diese Ablehnung des Konzeptes auch mit den grauenvollen Verirrungen ärztlichen Handelns zu tun, die auch mit diesem Begriff assoziiert sind. Viele der Täter, die beteiligt waren an der Ermordung von rund 180.000 psychisch Kranken während des Nationalsozialismus haben sich im Nachhinein damit gerechtfertigt, daß sie durch ihre paternalistische Haltung zum Wohle des Patienten entschieden haben, ihn umzubringen. Auch die Institutionalisierung psychisch Kranker durch den Bau von lebensfernen Großanstalten im vorigen Jahrhundert ist letzten Endes eine Folge einer derartigen Haltung. Ohne auf die Bedürfnisse des einzelnen einzugehen, haben Ärzte und Gesellschaft entschieden, die psychisch Kranken auszusondern.

Andererseits ist aber Paternalismus auch manchmal ein positiv besetzter Begriff. Er drückt etwas aus, was wir auch in uns fühlen und vielleicht auch manchmal wünschen. In der medizinethischen Diskussion wird immer wieder das japanische Konzept des „Amae“ erwähnt. In Japan, einer sehr hierarchisch organisierten Gesellschaft, gibt es dieses Wort zur Beschreibung des Gefühls des Umsorgtwerdens. Es wird beschrieben als ein angenehmes Gefühl der Regression, das Gefühl, das beispielsweise entsteht, wenn man als Gast irgendwo eingeladen ist und am Ende des Besuchs zum Bahnhof begleitet wird, der Begleiter mit in den Zug steigt, den Koffer trägt und noch den Sitzplatz für einen aussucht. Die meisten von uns werden dieses Gefühl ambivalent aufnehmen. Wir spüren, daß es schön sein kann umsorgt zu sein und gleichzeitig spüren wir, daß das fast zu viel Nähe ist und ein zu starker Eingriff in unsere Autonomie.

Unsere Ambivalenz zur paternalistischen Haltung möchte ich auch an einem Beispiel erläutern, das ich selbst erlebt habe. Ich mußte mich vor einiger Zeit einer komplizierten mikrochirurgischen Ohrenoperation unterziehen. Ich habe mich erkundigt, wo der entsprechende bundesdeutsche Fachmann zu finden ist, habe mich angemeldet und meinen Termin wahrgenommen. Als erstes wurde ich zu verschiedenen Laboratorien geschickt und schließlich kam der große Augenblick. Ich saß auf einem Stuhl, der berühmte Kollege kam herein, ein Assistent überreichte ihm die Befunde, er schaute sich die Befunde an, drehte sich dann um und sagte: „Wo haben wir das Ohr.“ Nach diesem Begrüßungsritus schaute er sich das Ohr an, nannte mir dann die Diagnose, erklärte mir in zwei Sätzen, daß man das operieren müsse, ließ mir vom Assistenten einen Zettel übergeben, in dem die Technik der Operation und die dabei auftretenden Risiken detailliert

aufgezeichnet waren und verschwand. Ich war zunächst äußerst enttäuscht. Ich hätte mir gewünscht, daß er mich als Person wahrnimmt, daß er mir die Diagnose erklärt, obwohl ich eigentlich alles darüber schon wußte, mir die Operationsrisiken persönlich schildert, obwohl sie auf dem Zettel objektiv und klar aufgelistet waren. Als mir der Gedanke kam, ich hätte ihn am liebsten gefragt, was er seinem Sohn geraten hätte, falls dieser vor so einer Entscheidung gestanden hätte, ging bei mir eine Warnleuchte an. Ist es nicht viel besser, so wie er es getan hat, knapp und sachlich? Ist es nicht viel besser auch für mich, wenn er möglichst viel Zeit damit verbringt seine Operationstechnik zu üben, als mir väterliche Ratschläge zu geben?

Stellen wir fest, daß die Zeit des Paternalismus vorbei ist. Der Paradigmenwechsel hat sich langsam vollzogen und beginnt in meinen Augen in der Nachkriegszeit. Das Erleben der unendlichen Katastrophen, das Erkennen, daß Schuld nur individuell sein kann, ließ ein neues Menschenbild entstehen, in dem das Individuum ganz im Vordergrund stand. Sartre hatte viele von uns beeindruckt mit seiner Vorstellung, daß das einzige Deterministische am Menschen die Tatsache ist, daß er in diese Welt geworfen werde. Aber danach müsse er für alles Verantwortung übernehmen, was um ihn herum geschehe. Selbst der Soldat, der gezwungen wird mitzumarschieren, ist verantwortlich für die Gesamtheit des Krieges, so lange ihm noch als letzte Möglichkeit des Widerstandes die Möglichkeit bleibt, sich das Leben zu nehmen. Verantwortlichkeit des einzelnen steht im Widerspruch zum Gedanken des Paternalismus. Als weiteres Beispiel für das sich ändernde Menschenbild möchte ich auch Foucault erwähnen, der für uns Psychiater und Psychotherapeuten in meinen Augen besonders wichtig ist. Foucault ist leider von der Psychiatrie, meist ungelesen, in eine anti-psychiatrische Ecke verbannt worden, obwohl er in seiner Analyse der Psychiatrie des vorigen Jahrhunderts vieles Grundsätzliche zur Psychiatrie gesagt hat und die Entwicklung des psychiatrischen Menschenbildes vorweggenommen hat. Foucault interpretierte Pinel, der im Rahmen der französischen Revolution die psychisch Kranken in den Pariser Anstalten von ihren Ketten befreite, dahingehend, daß er sie nicht nur von ihrer materiell elendigen Situation befreien wollte, sondern grundsätzlich von ihrem Irresein. Foucault meint, wenn ich ihn richtig verstanden habe, daß der Wahnsinn, das Irren, der Verlust der Vernunft zu fürchterlichen Zuständen führen kann, in denen auch die Selbstbestimmung aufgelöst wird. Doch jeder Wahnsinnige, egal welche Ursache sein Wähnen hat, hat einmal, vielleicht nur in einem Augenblick, die Entscheidung getroffen, die Vernunft zu verlassen und den Weg der Unvernunft zu gehen. Diese Entscheidung, die Vernunft zu verlassen, ist eine freie Entscheidung und damit ist der Irre, der Wahnsinnige auch frei. Es ist die Urfreiheit des Menschen, die Vernunft überwinden zu können. Damit ist für Foucault der Irrende ein Beispiel für die

Freiheit des Menschen. Dieser Gedanke ist für viele Psychiater schwer nachzuvollziehen, die außerpsychiatrische Welt hat damit weniger Schwierigkeiten. Zwei Beispiele die das untermauern. Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte diskutiert und entscheidet zur Zeit, daß das Recht krank zu sein und die eigene Krankheit zu leben, als Menschenrecht anzuerkennen sei. Das ist für Ärzte ein sehr schwieriger Gedanke und widerspricht herkömmlichen medizin-soziologischen Krankheitsdefinitionen, die für uns Psychiater und Psychotherapeuten vielleicht besonders schwierig zu akzeptieren sind.

Die Auseinandersetzung mit den in den letzten Jahren sich bundesweit organisierenden und artikulierenden Psychiatrieerfahrenen macht uns deutlich, wie viel wir uns da noch bewegen müssen. Ein weiteres Beispiel für die Überwindung des Paternalismus ist die erst vor wenigen Jahren stattgefundene Abschaffung des Konzepts der Entmündigung. Unsere Gesellschaft hatte bis vor kurzem die Vorstellung, daß es Menschen gibt, die entmündigt werden müssen, d. h. daß ihnen der Gebrauch des Mundes untersagt wurde um ein Wort auszusprechen bzw. dessen Wort nicht mehr galt. Das Betreuungsgesetz, das das alte Entmündigungsgesetz abgelöst hat, ist immer noch ein restriktives Gesetz, aber garantiert in wesentlichen Punkten dem einzelnen betroffenen Menschen, sich zu äußern und gehört zu werden. Die Beispiele sind vielfältig. In den letzten 20 Jahren hat es in der psychiatrischen Versorgung umwälzende Veränderungen gegeben. Betrachten wir europaweit die Entwicklung, so müssen wir feststellen, daß die Tendenz zur institutionellen Absonderung von psychisch Kranken entgegengesteuert wird durch die Integration psychisch Kranker in das normale Leben. In vielen europäischen Ländern sind die psychiatrischen Anstalten abgeschafft worden, die Psychiatrie integriert sich in die allgemeine Medizin und der Umfang an Zwang und Machtausübung und Gewalt ist deutlich zurückgegangen, in manchen Regionen, die bewundernswert arbeiten, vielleicht sogar auf ein extremes Minimum reduziert worden. Wir bemühen uns, die Patienten nicht mehr als Träger von Krankheit, als Behandelte anzusehen, sondern als Partner. Wir treffen Behandlungsvereinbarungen mit schwierigen Patienten, wir entlassen ganz viele Patienten, die viele Jahre in psychiatrischen Kliniken gelebt haben, weil wir nicht mehr nur ihre Krankheitssymptome, sondern auch ihre Fähigkeiten erkennen. Das neue Paradigma setzt sich im alltäglichen ärztlichen und auch psychiatrischen Handeln immer mehr durch. Wir verlassen den Paternalismus und sind auf der Suche nach einer partnerschaftlichen Beziehung zu unserem autonomen Gegenüber.

Aber so einfach ist es mit diesem neuen Weg auch nicht. Partnerschaftlich handeln heißt informieren, den Patienten autonom entscheiden lassen und dann mit seiner Einwilligung machtfrei ärztlich handeln. Wir werden zu Technikern, die Information liefern, die der absolut selbstbestimmte und autonome Patient

verarbeitet. In vielen Bereichen der somatischen Medizin läuft das bereits absolut standardisiert ab, wie bei meinem HNO-Arzt. Die Fachgesellschaften geben jetzt Regeln heraus, Aufklärungsinhalte und Vorgehensweisen sind vorgegeben. Der vor Ort handelnde Arzt muß, braucht, vielleicht kann er auch gar nicht mehr die komplexe Problematik überschauen und gibt nur weiter, was die Fachleute erarbeitet haben in Form von Leitlinien oder Standards. Man könnte sich sogar vorstellen, daß der Arzt wie ein Postbote handelt, er bringt die Botschaft aber er kennt den Inhalt nicht.

Wenn das neue Paradigma nur darauf hinausliefere, daß der autonome Patient seine Entscheidungen auf der Basis der vom Fachmann gelieferten Fakten trifft, so wäre die neue Arzt-Patienten-Beziehung eine einfache. Will aber der Patient auch mit uns über die Bedeutung dieser Fakten in seinem persönlichen Kontext sprechen, ohne daß seine Autonomie eingeschränkt wird, dann ist diese Beziehung schwieriger zu gestalten. Die Gestaltung einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung, bei der der Patient seine Entscheidungen auf der Basis eines „informed consent“ trifft, gelingt dort einfach, wo es sich um rasche medizinische Entscheidungen handelt, wie in der Intensivmedizin, in der Chirurgie. Hier handelt es sich oft um Entscheidungen vitaler Bedeutung, bei der auch die individuelle Bedeutung meist offensichtlich ist. Schwieriger wird es, wenn es sich um Entscheidungen handelt, die in einem längeren Zeitrahmen sich abspielen und wo der Entscheidungsprozeß ein dynamischer ist und sich im Rahmen der Arzt-Patienten-Interaktion entwickelt und verändert. So ist es beispielsweise leicht Leitlinien aufzustellen zur Behandlung eines Diabetes und den Patienten über diese Krankheit zu informieren, aber wir wissen auch wie schwierig es ist, einen Diabetiker zu behandeln und über einen langen Zeitraum zu begleiten. Ich könnte es so zusammenfassen: Orientieren wir uns an der Krankheit, ist das partnerschaftliche Paradigma ein einfaches, orientieren wir uns an dem Menschen, mit dem wir eine Wegstrecke gemeinsam gehen, dann wird dieses Modell schwierig. Diese Schwierigkeiten möchte ich an einem Beispiel erläutern. Im Augenblick befindet sich in unserem Krankenhaus eine schwierige Patienten, die uns, das Behandlungsteam, sehr verunsichert. Ich beginne mit der kurzen Zusammenfassung ihrer Lebensgeschichte, die ich aus Schweigepflichtsgründen etwas geändert habe.

Kasuistik

Die Patientin ist Anfang 30, stammt aus einer gutbürgerlichen oberbayerischen Familie und ist in äußerlich geordneten Verhältnissen aufgewachsen. Ihre Kindheit und Jugend verlief ohne nennenswerte äußere oder innere Probleme. Erwähnenswert ist lediglich, daß sie wohl sehr abhängig von den Eltern, insbesondere von der Mutter war, sich erst sehr spät von den Eltern löste und von allen als besonders brav, zurückgezogen, ja vielleicht etwas unselbständig geschildert wird. Problemlos in der Schule und Ausbildung, hat sie relativ jung ihren späteren Ehemann kennengelernt und nach Beendigung seines Studiums geheiratet. Der Weggang von zu Hause, der Umzug in ein entferntes Bundesland und das in dieser Zeit erkennbar werdende Scheitern der Ehe der Eltern machten wir ihr viel zu schaffen. In der Ferne bekam sie dann rasch eine Tochter. Der Ehemann war beruflich sehr angespannt, sie fühlte sich nicht wohl in ihrer Hausfrauenrolle, auch ein Stück allein gelassen mit ihrer Tochter. Gefühle der Überforderung traten ein verbunden mit Vorwürfen und ehelichen Auseinandersetzungen. 4 Jahre später kulminierten diese Auseinandersetzungen in einem Geständnis des Ehemannes, daß dieser eine Freundin habe. Die Auseinandersetzung nahm an Stärke zu, es kam auch zu tätlichen Auseinandersetzungen und schweren seelischen Verletzungen. Sie schlief zunehmend schlechter, wurde manifest depressiv, schaffte ihren Alltag nicht mehr, suchte einen Nervenarzt auf, der ihr ein Antidepressivum verschrieb. Unter diesen Umständen spielte sich eines Tages folgende Situation ab. Der Ehemann war wegen einer Grippe krank geschrieben zu Hause, die Tochter war ebenfalls erkrankt. Am Morgen wollte der Ehemann das Haus verlassen, sie bat ihn doch zu Hause zu bleiben, um ihr bei der Versorgung der fiebrigen Tochter zu helfen. Der Ehemann ist dieser Bitte nicht nachgekommen. Sie lag im Ehebett, die Tochter neben ihr, weinend und fiebrig unruhig. Plötzlich nahm sie das Kopfkissen, drückte es auf das Kind, das sich massiv wehrte, worauf sie sich darauf legte und das Kind schließlich erstickte. Sie ist zum Telefon gegangen, hat Polizei und Notarzt angerufen und gleich am Telefon mitgeteilt, daß sie das Kind getötet habe. Sie kam in Untersuchungshaft und löste dort sofort allseits ein Gefühl des Helfenmüssens aus. Gefängnisarzt und die dort tätigen Sozialarbeiter kümmerten sich intensiv um sie und es entstand rasch das Gefühl, daß sie mindestens so sehr Opfer sei wie Täterin. Sie wurde rasch von einem angesehenen Gutachter untersucht, der bei ihr eine schwere Depression diagnostizierte und nach § 20 StGB ihre Schuldfähigkeit als aufgehoben ansah. Die Patientin wurde daraufhin aus der Untersuchungshaft entlassen und kam in unsere psychiatrische Behandlung. Ihre Depression besserte sich rasch und sie verhielt sich äußerlich unauffällig und sie übernahm die These, daß sie das Opfer ihrer Situation und ihrer Krankheit gewesen sei und sie eigentlich nichts dafür könne, was ihr alle, Sozialarbeiter, Gefängnisarzt, Gutachter und Teile unseres therapeutischen Teams auch vermittelten. Sie weigerte sich über die Tat mit uns zu sprechen, wir würden doch sehen, daß sie alles bewältigt habe. In der sich anschließenden

den, feinfühlig geführten Gerichtsverhandlung wurde dem Gutachten zugestimmt und die Patientin verließ schuldunfähig als freier Mensch den Gerichtssaal.

Noch in unserer Behandlung plante sie, rasch wieder ein Kind zu bekommen in der Vorstellung, damit den letzten Bewältigungsschritt zu machen. In dieser Situation entstand ein Konflikt bei uns im Behandlungsteam. Wir alle waren der Meinung, daß dieser Weg nicht gut sei, waren aber unentschlossen und unsicher, wie wir uns verhalten sollten. Man könnte argumentieren, daß man es so lassen sollte. Die Patientin hat von den verschiedenen Helfern eine Erklärung für ihre Tat bekommen, sie ist ausführlich, z. T. auch widersprüchlich informiert worden und sie hat sich autonom und selbstbestimmt entschieden, das Problem auf diese Weise zu lösen. Andererseits könnten wir auch sagen, daß es unverantwortlich ist, es so zu belassen, das kann nicht gut gehen. Wir könnten uns sogar fragen, ob wir nicht im Namen des getöteten Kindes verpflichtet sind oder des noch ungeborenen erwünschten Kindes, intensiv zu intervenieren. Wir sind unzufrieden, weil wir spüren, daß sie aus unserer partnerschaftlichen therapeutischen Beziehung, die über viele Monate sich gestreckt hat, lediglich das Faktische aufgenommen hat, aber auf unsere moralische Wertung der Tat in keiner Weise eingegangen ist. Wenn wir der Meinung sind im Sinne des neuen Paradigmas, daß unsere Patienten im viel weiteren Sinne als früher, jetzt selbstbestimmt, autonom und frei sind, dann können wir sie auch nicht davor entlasten, Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen, d. h. wir müßten sie, aus unserer Verantwortung heraus, auch konfrontieren mit ihrer Schuld, die wir im therapeutischen Handeln mit ihr empfinden.

Von diesem Fall abstrahierend, hieße das, daß wir in die therapeutische Beziehung die Dimension der beiderseitigen Verantwortlichkeit einfügen müssen. Und verantwortlich handeln, beinhaltet auch moralisches Werten. Dies ist nicht leicht, insbesondere wenn man nicht auf paternalistische Verhaltensweisen zurückgreifen will. Therapeuten lernen, in unterschiedlichem Umfang, das Regelwerk für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Über die Bedeutung der Verantwortung, sowohl auf Seiten des Therapeuten wie des Patienten in einer partnerschaftlichen Beziehung, muß noch viel nachgedacht werden. Damit bin ich zum Schluß gekommen und ich hoffe, daß mein alter Schuldirektor, wäre er hier, sich erbarmen würde und nachträglich mir doch wenigstens eine Vier für den Aufsatz geben würde.

Kooperation und Solidarität

Neue Strategien für Systeme in der Gesundheitsfürsorge

Susan McDaniel

Im Hinblick auf das Thema "Macht und Abhängigkeit" möchte ich anregen, daß die wirksamste Art und Weise, seine Macht als Psychotherapeut zu nutzen, die ist, sie abzugeben – d. h., die Macht des Patienten und die Macht der Familie als unsere Partner in der Gesundheitsfürsorge anzuerkennen. Ich werde einen Prozeß beschreiben, der zu einer funktionalen Interdependenz zwischen Patienten, Familien und dem Gesundheitsteam ermutigt. Der Fokus meines Beitrags über Macht und Abhängigkeit in Familienbeziehungen. Warum? Weil ich glaube, daß es viele Beweise für die Annahme gibt, daß vertraute Beziehungen sowohl Ursache als auch Heilmittel für viele psychische, psychosomatische und organische Probleme sind. Ich beginne, indem ich beschreibe wie wichtig die Familie des Patienten für die Einschätzung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Probleme ist, um dann auf Macht und Abhängigkeit innerhalb unserer "Berufsfamilie", nämlich das Team der Gesundheitsfürsorge, überzugehen.

Ich glaube, daß Freud zu Beginn seiner Karriere Recht hatte, als er sagte, daß tatsächliche Gewalt in der Familie (nicht Phantasien von Gewalt in der Familie) der Grund so vieler Probleme ist. Gewalt in der Familie ist das Ergebnis von Machtmißbrauch in Familienbeziehungen. Alles, was wir tun können, um sexuellem und physischem Mißbrauch in Familien vorzubeugen und ihn zu behandeln, ist das Beschreiten eines langen Weges in Richtung der Behandlung vieler der Probleme unserer Patienten. Nehmen Sie somatisierendes Verhalten: So viele Patienten, deren Kindheitsgeschichte von Vernachlässigung und Mißbrauch geprägt ist, bevorzugen physische Erfahrung; sie erlernen keine emotionale Ausdrucksweise, um mit Affekten umzugehen. Auch die Entwicklung von Depressionen ist oft eng mit Familienkonflikten verbunden. Es hat sich gezeigt, daß in vielen Fällen Familientherapie die wirksamste Therapie bei Depression ist.

Warum sind viele der Probleme, denen wir im allgemeinen gegenüberstehen, *Beziehungsprobleme*? Wie die postmodernen sozialen Konstruktivisten, sagte der russische Philosoph Bakhtin zu Beginn dieses Jahrhunderts, daß der romantische Ich-Begriff falsch ist, daß wir *nur* unser Beziehungs-Ich haben. Der Philosoph Levenas führte diese Idee weiter: "Erst indem wir den anderen sehen, sehen wir uns selbst. Beziehung geht dem Selbst voran. Unsere Identitäten sind nicht ausgebildet, ausgenommen in der Beziehung mit und der Reaktion auf bedeutsame Personen in unserem Umfeld. In der interpersonellen Begegnung werden wir die, die wir sind." Deshalb dürfen wir als Psychotherapeuten und Anbieter der Gesundheitsfürsorge die Einschätzung und Behandlung nicht ausschließlich auf den Patienten reduzieren. Wenn wir das tun, wird unser Blickwinkel verkleinert und erweist sich beim Zusammentragen von Informationen und dem Anbieten von Hilfsmaßnahmen, Behandlung und Heilung von Psyche und Körper unserer Patienten als unwirksam. Dominierung und Abhängigkeit sind zwei entgegengesetzte, in Beziehung zueinanderstehende Strategien, die wir Menschen, Patienten und Fachleute, benutzen, um mit unserer Existenzangst umzugehen. Die traditionellen Beziehungen zwischen Medizinern und Patienten sind eine Wiederholung der hierarchischen Eltern-Kind-Beziehung, in der der "Arzt-als-Elternteil" alles weiß und versteht und der "Patient-als-Kind" der passive Empfänger des Wissens, der Ratschläge und der Fürsorge des Mediziners ist. Für manche Patienten ist diese autoritäre Vorgehensweise effektiv. Diese Patienten möchten, daß der Doktor mächtig ist, so können sie abhängig sein. Für die meisten Patienten und Ärzte ist eine solche Beziehung eingrenzend und nicht effektiv.

Lassen Sie uns die Natur der Macht untersuchen. Das *American Heritage Dictionary* definiert Macht zunächst als "die Fähigkeit oder Eigenschaft effektiv zu handeln oder etwas durchzuführen". Ich würde vorschlagen, diese erste Definition sollten wir aufgreifen. Erst bei einer vierten Definition hören wir, daß Macht "die Fähigkeit oder offiziell anerkannte Eigenschaft ist, Kontrolle oder Autorität auszuüben". Es ist der *Kontrollwahn*, der uns – oft ohne, daß wir dessen gewahr werden – in die größte Schwierigkeit in unserer Rolle als Kliniker bringt. Unglücklicherweise ist es diese vierte Definition von Macht, die Herrschaft und Gewaltausübung impliziert, wie sie von Patienten und auch vielen Ärzten mit Medizin assoziiert wird. Candib (1995), eine sehr produktive Autorin auf dem Gebiet der Familienmedizin, bietet eine kritische, feministische Sichtweise von Macht und Medizin an:

"Die Würdelosigkeit von Krankenhäusern, die furchteinflößenden Technologien, die schädigenden und manchmal aus der Bahn werfenden Auswirkungen von Medikamenten sind real, aber vielleicht ist nichts davon so schädigend und destruktiv im Hinblick auf das Vertrauen in die Medizin wie der Machtmißbrauch von Ärzten selbst."

Das Schema von Herrschaft und Mißbrauch ist so allgegenwärtig, daß sich eine ernsthafte Frage stellt: Gibt es irgendeine Hoffnung für die Arzt-Patienten-Beziehung? Diese Probleme sind in besonderem Maße bei Klassen-, Rassen- und ethnischen Unterschieden zwischen Arzt und Patient bekannt. Es ist sehr gut dokumentiert, daß niedrigere Klassen weniger Information, weniger Gespräche und weniger Unterstützung von den Ärzten bekommen als Patienten, die einer höheren sozialen Schicht angehören. Weniger Information heißt weniger Macht für den Patienten. In den USA haben bereits viele vermögende Leute die allopathische Medizin zugunsten einer Vielzahl alternativer Therapien, bei denen die Kliniker-Patient-Beziehung mehr eine Partnerschaft ist, verlassen.

Denken Sie daran, wie viele der Kämpfe, die unsere Patienten ausfechten, als "Beziehungsstörungen" in Zusammenhang mit Macht und Kontrolle, häuslicher Gewalt, Drogenmißbrauch, Eßstörungen oder persönlichen Problemen, die den Verlauf einer chronischen Krankheit komplizieren, verstanden werden können. Bateson (1972) beschreibt in *Steps to an Ecology of Mind*. Alkoholismus als eine Kontrollstörung, bei der der Patient keinen Sinn in seinem Platz in der Welt sieht und versucht, Kontrolle über Probleme oder Fragen zu erlangen. Die Behandlung besteht darin, daß der Alkoholiker dieses Nichtvorhandensein von Kontrolle, ein Nichtvorhandensein von Macht über das Trinken, anerkennt und darin, dies mit den existentiellen Lebensrealitäten in Einklang zu bringen.

Bateson (1972) meint, daß es nicht Macht ist, die verdirbt, sondern die *Idee* (Vorstellung von) der Macht. Das Maß, in dem wir es uns selbst erlauben an die Macht über andere zu glauben, beeinflußt die Art und Weise, wie wir Behandlung strukturieren, welche Fragen wir stellen und nach welchen Ergebnisse wir suchen. Häusliche Gewalt geschieht dann, wenn Paare darum kämpfen, gegenseitig Macht übereinander auszuüben; Eßstörungen kommen auf, wenn einzelne versuchen, sich selbst und ihre Angehörigen durch Eßkontrolle zu beherrschen. Nährboden für all das sind die fundamentalen existentiellen Fragen: Wer sind wir? Warum sind wir hier? Wie gehen wir mit all der Ungewißheit um?

Lassen Sie mich ein Zitat anfügen, das dieses grundlegende individuelle und relationale Problem umfaßt. Es ist dem kürzlich erschienenen Roman "*Welcome to the World, Baby Girl!*" der amerikanischen Schriftstellerin Flagg (1998) entnommen. Darin sagt Aunt Elner, eine ältere Figur des Romans:

"... Arme, kleine, alte Menschen – sie werden in diese Welt gestoßen ohne zu wissen, woher sie kommen oder was von ihnen erwartet wird oder wie lange sie das erledigen sollen oder wo sie danach landen. Aber gesegnet seien ihre Herzen, viele von ihnen wachen jeden Morgen auf und versuchen weiterhin allem einen Sinn zu geben. Warum kannst Du nicht umhin sie zu lieben? Ist es nicht so? Ich möchte wissen, warum nicht mehr von ihnen so verrückt wie Wanzen sind".

Wahrheit ist, daß keiner von uns bewiesenes Wissen über die Bedeutung der Existenz hat. Wir alle sind ohne jede Macht. Um dies zu vertuschen, üben wir manchmal die Macht, die mit unserer Stellung einhergeht, aus als eine Möglichkeit, "hilfreich" für unsere Patienten zu sein. Der Psychoanalytiker Guggenbuhl-Craig (1971) hat ausführlich über die Schattenseite der Psychotherapeuten geschrieben – den destruktiven Teil in uns allen, der unsere eigene Aggression und Ignoranz leugnet. Ein Patient kann Träger aller Krankheiten, aller Probleme, aller Sünden werden; und der Psychotherapeut oder Arzt Herr über Gesundheit, Wissen und Wahrheit. Wenn eine solche Polarisierung erfolgt, werden Schwäche und Abhängigkeit des Patienten und Allwissenheit und Macht des Psychotherapeuten untermauert. Beide Parteien sind unvollständig und symptombehaftet. Was der Patient (und der Therapeut) braucht, ist, sich selbst so gut wie möglich zu verstehen; es reicht nicht, nur versteckte, unbewußte Beweggründe zu begreifen, man muß auch einfach die tragischen Aspekte des Lebens in ihrer ganzen Unfaßbarkeit tragen. Mit anderen Worten, um heilende Macht ausüben zu können, müssen wir in der Lage sein, unserer eigenen tragischen Situation ins Gesicht zu schauen, als eine Gemeinschaft von Leidensgenossen. Dies führt zu wechselseitigen Beziehungen, Bindung und Zusammengehörigkeit.

Das Gegenmittel zu Macht als Herrschaftsausübung ist für den Arzt das Sich-Sorgen. Sich-Sorgen bedeutet anwesend sein, zuhören, das Zeigen von Hilfsbereitschaft und die Fähigkeit zu verstehen und mitzufühlen. Sich-Sorgen zeigt sich in einer ganz auf Zusammenarbeit eingestellten Beziehung zum Patienten. Was genau verstehe ich unter dem Begriff "Kollaboration"? Ich meine schlicht und einfach "*zusammenzuarbeiten*". Für diejenigen, die auf dieses Wort mit seinen aus dem Zweiten Weltkrieg herrührenden Nebenbedeutungen reagieren, möchte ich klarstellen, daß ich es *nicht* benutze, um geheimes Einverständnis, zögernde Einwilligung oder Spionage zu implizieren. Vielleicht erfaßt hier das Wort "kooperativ" besser, was ich zu sagen versuche. Um es noch mehr zu verdeutlichen: Ich meine respektvolle Partnerschaft und geteilte Macht; Macht, die unter Fachleuten für Gesundheit, Patienten und Familien aufgeteilt wird, damit wir zu einer Diagnose kommen und miteinander akzeptable Behandlungspläne erstellen. Die Sachkenntnis jeder einbezogenen Person wird berücksichtigt; der Austausch erfolgt im Geiste gemeinsamer Recherchen, so daß alle Mitglieder des Patient-Familie-Gesundheit-Teams an dem teilnehmen, was Anderson (1996) "generative Konversation" nannte. Die Menschen reden eher *mit*-, als *zueinander*. Eine umfassende Definition könnte sein: "Das Austauschen von Informationen und Bedeutungen und das Treffen von Entscheidungen durch Patienten, Familien und andere Fachleute". Diese Definition impliziert, daß die Macht jeder einbezogenen Partei voll anerkannt ist: die Macht des Arztes im Hinblick auf die Diagnose und die vorgeschlagene Behandlung, die Macht des Patienten, seiner

Krankheitserfahrung einen Sinn zu geben und über den besten Behandlungsverlauf zu entscheiden, und die Macht der Familie oder sozialen Gruppe, eine heilende Umgebung zu schaffen oder nicht.

In der kollaborativen Gesundheitsfürsorge, ein Teil derer die Familientherapie ist, arbeiten wir mit dem sozialen Netzwerk des Patienten, um die medizinische Versorgung auszuweiten. Es gibt zwei Arten von Kooperation, auf die wir fokussieren: Kooperation und Solidarität mit dem Patienten und der Familie und Kooperation und Solidarität mit anderen medizinischen Fachleuten. Beide sind für die Aktivierung von Patienten oder dafür, sie mit dem notwendigen "Rüstzeug" auszustatten, die eigenen Belange zu regeln, von Bedeutung.

Price, ein anderer amerikanischer Romanschriftsteller, veröffentlichte 1999 ein Essay über Krankheit und Gott, mit dem Titel *Letters to a Man in the Fire*:

"Ich bin immer schockiert, daran erinnert zu werden, wie viele Menschen sehr frühzeitig in ihrem Leben beschließen, ihren Tod zu beginnen – und Tod ist in gar keinem Fall immer ein bloßes Einstellen der Tätigkeit von Herz und Hirn".

Price (1999) sagt weiter:

"Jeder, der wie ich vier Jahrzehnte lang unterrichtet hat, weiß sehr gut, daß einige Menschen lebenslange mentale und spirituelle Tode in später Adoleszenz, wenn nicht früher, wählen – der Fluch des Kapitulierens vor den Nachwirkungen der Zeit und der beinahe irreparablen Reibung an unbedeutenden oder übermäßig fordernden menschlichen Interaktionen".

Ich sehe die Aufgabe unserer Arbeit darin, den Menschen zu helfen, das Leben zu wählen, Leben in einem sinnvollen sozialen Kontext.

Wenden wir uns nun dem Heilmittel zu, dem Heilmittel für geistige Gesundheit und psychosomatische Probleme: Vertraute Beziehungen.

Jeder seit vielen Jahren praktizierende Arzt weiß um die Macht der Familie bei der Behandlung seines Patienten. Die Familie ist im Untersuchungszimmer stets anwesend, wenn er den Patienten sieht. Der Patient kann wegen eines psychosomatischen Problems ins Krankenhaus kommen, wird dort umfassend und erfolgreich behandelt, um dann nach Hause zurückzukehren und einen Rückfall zu erleiden. Umgekehrt sind ambulante Behandlungen bei Patienten erfolgreich, eben weil die Familie sich verpflichtet sieht, den ihr nahestehenden Menschen mit dem zu versorgen, was der Heilung zuträglich ist.

In den Vereinigten Staaten hat durch den Trend von stationärer zu ambulanter Versorgung die Familie eine neue wichtige Bedeutung als Träger betreuender Aufgaben bekommen. Die Familie steht an erster Stelle, wenn es darum geht, der

Krankheit oder Behinderung eines Familienmitglieds entgegenzuwirken; für viele der chronisch Kranken steht sie im Mittelpunkt der Betreuung. Nahezu jeder Krankheitsverlauf ist von Aktivitäten der Familie stark beeinflusst. Forschungen auf dem Gebiet von Familie und Gesundheit dokumentieren den großen Einfluß der Familie auf Gesundheit und Krankheit und den positiven Einfluß von Familieninterventionen. Ewart und Kollegen, zeigten z. B., daß durch Paar-Kommunikations-Training ein zu hoher Blutdruck bei einem der Partner gesenkt werden kann. In einer anderen Studie zeigten Morisky und Kollegen, daß Unterstützung durch die Familie die Einwilligung in medikamentöse Blutdruck-Behandlung begünstigt, was wiederum zu niedrigerem Blutdruck und einer 50 %igen Minderung der Mortalität als Folge von Herzleiden führte. Andere Studien zeigen die große Kostenwirksamkeit von psychoedukativen Familienprogrammen; z. B. bei der Betreuung von Patienten mit Alzheimer oder anderen behindernden Krankheiten durch Familienangehörige

Eine wirksame Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten steht und fällt häufig mit der Fähigkeit der Ärzte, die Familie nicht nur einzubeziehen, sondern in gleichem Maße die natürlichen Ressourcen des Patienten und der Familie – deren eigene Kräfte, Kompetenzen und Fähigkeiten – herauszufinden, wachzurütteln, hervorzulocken und zu nutzen. Damit uns dies gelingt, darf es unsere traditionell dominante Stellung und die demgegenüber unterwürfige Haltung der Patienten nicht mehr geben. Wir müssen lernen, die Kultur und den Gesundheitsglauben des Patienten und der Familie, die sich häufig erheblich von dem des Medizinwesens unterscheiden, zu begreifen. Ganz allgemein glaube ich, daß wir Patienten und Familien nicht nur als Kunden für unsere Dienste sehen dürfen, sondern als "Kollegen" beim Annehmen medizinischer Betreuung. Veränderungen in der organisierten Krankenversorgung (managed care) in Richtung einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit bei der Aufgabenfestlegung der Ärzte machen dies in vielen Bereichen der amerikanischen Gesundheitsfürsorge zu einer finanziellen Realität.

Wenn es mir gelungen sein sollte, zu vermitteln, daß es Sinn macht, die Angehörigen des Patienten in die Einschätzung und Behandlung von psychosomatischen Problemen und Leiden, die die geistig-seelische Gesundheit betreffen, miteinzubeziehen, warum betrachten dann so viele Ärzte den Umgang mit den Familienmitgliedern des Patienten als einen lästigen Teil ihrer Arbeit? Laurence Kirmayer, ein kanadischer Psychiater und medizinischer Anthropologe ist bei seiner Beschreibung dieses Problems sehr kritisch: "Familienmitglieder, und sogar die Wahrnehmungen des Patienten, seine subjektiven Beschwerden und nützliches Wissen werden routinemäßig unberücksichtigt gelassen, ignoriert und in unterschiedlich feindschaftlichem Maße in Hospitälern und Kliniken negiert." Er fährt fort: "Das Hauptproblem ist für einige, vielleicht viele, das

Gefühl der Bedrohung, das auf die vergleichsweise geringe Kompetenz des Klinikers als Techniker, Mitteilendem und Betreuer zurückzuführen ist. Diese Bedrohung erfolgt sowohl persönlich als auch kollektiv, indem ein Vorhang um die mutmaßlich geheimnisvollen Argumentationen und die Vorgehensweisen unseres 'Berufes' gezogen wird. Auf vielerlei Art würde eine engere Bindung zwischen Ärzten und Patienten (und deren Familien) eine gute Antwort auf die zunehmende Bürokratisierung und Kommerzialisierung der Medizin sein".

Ein kürzlich in den *Annals of Internal Medicine* erschienener Artikel befaßt sich ebenfalls mit diesem Problem. Darin konstatieren Levine u. Zuckerman, daß die anhaltende Tendenz in der Medizin, die Familien mit "Belästigung" gleichzusetzen, daher rührt, daß in der westlichen Medizin nahezu ausschließlich auf das Individuum fokussiert wird, obwohl ein umfassendes Verständnis für den Patienten ein Wissen um seinen interpersonellen Kontext voraussetzt. Die Autoren plädieren für eine "Ethik der Übereinstimmung", die die Notwendigkeit der Erarbeitung von Behandlungsplänen, die die Kapazitäten und Grenzen von Familienmitgliedern berücksichtigen, einschließt. Sie schlagen vor, den Familienmitgliedern beizustehen: durch rechtzeitige Information, Training, einfühlsames Verständnis für ihre Ängste, Lenkung bei der Definition ihrer Rollen und Verantwortlichkeiten und Unterstützung bei der Setzung fairer Grenzen im Hinblick auf den Umfang persönlicher Aufopferung bei der Betreuung des Patienten. Ich stimme völlig mit Levine und Zuckerman überein und behaupte, wenn die Patienten und Familienmitglieder als Partner und Kollegen angesehen werden, diese Ziele, und noch mehr, erreicht werden können, und dies ohne den autoritären oder dominierenden Einsatz professioneller Macht.

Die Verpflichtung, Familien in die Betreuung einzubeziehen, erfordert in gewissem Maße auch Verständnis für die eigenen Familienprobleme. Ob es einem nun gefällt oder nicht, auch wir begegnen unseren Familien auf medizinischer Ebene.

Uneingestandene Familienprobleme können für den Mediziner, insbesondere was Macht und Abhängigkeit betrifft, zusätzliche Ressentiments gegenüber Familienmitgliedern, einem überfüllten Untersuchungszimmer und einer arztanstatt patienten- oder familienzentrierten Betreuung zur Folge haben.

Gewiß erfolgte die Organisation der Medizin in Amerika in hohem Maße zum Wohle der im Gesundheitswesen tätigen Fachleute, insbesondere der Ärzte. Die in letzter Zeit aufgetretenen Veränderungen in der organisierten Krankenversorgung haben jedoch die Aufmerksamkeit auf die Wünsche der Patienten gelenkt. Wenn auch aus den falschen Gründen, sind wir plötzlich alle daran interessiert, wie wir eine sensible Betreuung, die die Zufriedenheit des Patienten steigert, angedeihen lassen können. Wir werden nun an unserer Fähigkeit gemessen, in welchem Maße es uns gelingt, den Patienten zufriedenzustellen und ihm

eine mit den allgemein geltenden Standards übereinstimmende Betreuung ange-
deihen zu lassen. Als Folge ist ein neuerliches Interesse an aktivem Zuhören zu
beobachten, was ich als Kunstfertigkeit betrachte. Zwei meiner Kollegen in
Rochester, Ron Epstein und Howard Beckmann, zeigten in einer in diesem Jahr
veröffentlichten Studie, daß Ärzte der Grundversorgung die Zeitspanne vom
Beginn des Interviews bis zur ersten Unterbrechung der Beschwerdebeschrei-
bung der Patienten erhöht haben. Ärzte warten nun durchschnittlich 23 Sekunden,
bevor sie den Patienten unterbrechen, im Vergleich zu 18 Sekunden im Jahre
1984! Manche mögen denken, daß dies eine bedauernswerte Vorstellung ist,
zumindest aber ist es ein Schritt in die richtige Richtung. Ich nehme an, daß dies
das Ergebnis eines verbesserten psychosozialen Trainings in der Ausbildung ist,
aber der Nachdruck, der bei der organisierten Krankenversorgung auf die
Zufriedenheit des Patienten gelegt wird, verdient zumindest ebenso viel Aner-
kennung.

Es gibt auch wissenschaftliche Erkenntnisse, daß das Einbeziehen von Patien-
ten und Familien als *Partner* zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führt.
Forscher wie Fallowfield in England betonen die Bedeutung effektiver Kommu-
nikation, wenn Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten für Frauen mit Brust-
krebs besprochen werden. Ihre Forschungsergebnisse zeigen, daß alle Frauen
Information und Einbeziehung in die Behandlungsmöglichkeiten wünschen, und
daß Frauen ganz unterschiedlich reagieren, wenn es darum geht, eine endgültige
Behandlungsentscheidung – Brusterhaltung gegen Mastektomie – zu treffen.
Einige möchten diese Entscheidung selbst treffen, andere möchten, daß ihr
Chirurg das für sie tut. Zusammenarbeit bedeutet, die Partnerschaft den Bedürf-
nissen und Wünschen eines Patienten und seiner Familiensituation anzupassen.

Lassen Sie uns nun davon ausgehen, daß wir die große Bedeutung, die
Patienten und ihre Familien bei der Behandlung als Partner zu sehen, voraus-
setzen. Wie erkennen und unterstützen wir ihre Macht? Wie aktivieren wir die
Stärken, die in jedem Patienten und der Familie liegen? Die medizinische Fami-
lientherapie, eine biopsychosoziale Behandlungsmethode der Psychotherapie für
Patienten mit gesundheitlichen Problemen, plädiert für zwei Hauptziele: Selbst-
kompetenz ("agency") und Gemeinschaftlichkeit ("communion"). Diese Begriffe
erschieden erstmals in den sechziger Jahren in einem Buch von Bakan über
Theologie und Psychologie. Zusammen genommen reflektieren Selbstkompetenz
und Gemeinschaftlichkeit individuelle Autonomie in einem Beziehungskontext.

Selbstkompetenz beruht auf der persönlichen Erfahrung von Macht, dem
Gefühl, daß im Umgang mit Krankheit und gesundheitlichem Versorgungssystem
eine Wahl getroffen werden kann. Hier im Westen hadern wir mit der Beziehung,
die zwischen individueller Verantwortung und Krankheit besteht: Wir denken,
daß die Menschen für ihre emotionalen Probleme verantwortlich sind, wohin-

gegen wir glauben, daß sie für ihre physische Krankheit *nicht* verantwortlich sind. Handelt es sich also um ein "physisches" Problem, kann die Last des Vorwurfs von den Schultern einer Person genommen werden, es kann aber auch zu einer passiv-abhängigen Patientenrolle ermutigen, die sozial akzeptiert wird und den Arzt nötigt, die dominierende, autoritäre Rolle zu übernehmen. Die Selbstkompetenz des Patienten und der Familie zu stärken bedeutet, diese Falle zu umgehen. Für Patienten mit einer Krankheit bedeutet Selbstkompetenz nicht passiv zu bleiben. Es bedeutet, sich mit dem, was sie akzeptieren müssen, auseinanderzusetzen und dabei herauszufinden, was sie aktiv unternehmen können. Viele Menschen bringen dies durcheinander, indem sie versuchen, über das, was sie akzeptieren müssen, Kontrolle zu wahren, wobei sie nicht wahrnehmen, was sie tatsächlich tun können, um ihre Situation zu verbessern.

Selbstkompetenz bedeutet, trotz all der Ungewißheit das eigene Leben aktiv zu gestalten. Das Handhaben dieser Ungewißheit ist Teil der Herausforderung, der Krankheit gegenüberzutreten. Als Gesellschaft fordern wir die Ärzte auf, den Ängsten und Unsicherheiten der Patienten im Hinblick auf die unbekanntesten Dinge des Lebens, wie Krankheit und Tod, Raum zu geben und Hilfestellung zu leisten. Manche akzeptieren diese Bürde, andere anerkennen die Unvermeidbarkeit von Ungewißheit als Bestandteil der Medizin und der menschlichen Bestimmung. In der medizinischen Familientherapie ist es unsere Aufgabe, zu versuchen, eine nicht-angsterfüllte Gegenwart zu entwerfen und Ungewißheit mit einer gewissen Würde und Akzeptanz zu tolerieren.

Das Aktivieren von Selbstkompetenz hängt mit unserer Orientierung dem Patienten gegenüber zusammen und damit, was für Fragen wir stellen. Fragen wie: Was glauben Sie, ist die Ursache Ihres Problems? Warum, glauben Sie, stellte es sich gerade zu dem Zeitpunkt? Was für eine Behandlung sollten Sie erhalten? Sind Komplikationen zu erwarten? Hat sonst jemand in Ihrer Familie eine ähnliche Krankheit? Was könnte Heilung jetzt für Sie zu einer Anstrengung machen? Betrachten Sie sich selbst als jemand der viel hat, für das er lebt? Um mit ihrem Arzt gemeinsam einen übereinstimmenden Behandlungsplan ausarbeiten zu können, beinhaltet das Aktivieren der Selbstkompetenz der Patienten auch, daß die Bedeutung, die Patienten und Familien dem Unfall oder der Krankheit zumessen, verstanden wird. Ich behandelte eine Patientin, die den Tod ihres Vorgesetzten und Mentors durch einen Hirntumor beklagte. Sie glaubte, daß er das Karzinom aufgrund von Streß in Zusammenhang mit einem unfairen Prozeß wegen sexueller Belästigung, der seinem Ruf schädigte, bekommen habe. Viele Patienten knüpfen derartige Verbindungen und versuchen, eine Erklärung für so viele Dinge, die wir in Bezug auf Krankheit nicht verstehen, zu finden, z. B. warum sie gerade zu einem bestimmten Zeitpunkt bei einem bestimmten Menschen ausbricht.

Ich möchte klar herausstellen, daß bei dem Modell der medizinischen Familientherapie Selbstkompetenz nicht heißt, daß seelische Gesundheit Menschen von Krebs und anderen Krankheiten heilt. Wann und wie Glauben und Denken Einfluß auf die Biologie nehmen können, haben wir bis jetzt noch nicht vollständig verstanden. Wir wissen, daß sie in Wechselbeziehung zueinander stehen, aber es ist sehr gefährlich, zu implizieren, daß Patienten ihre Krankheit durch emotionale Schwäche verursachen oder ihre Heilung durch emotionale Stärke kontrollieren können. Patienten werden sich nicht nur Vorwürfe wegen ihrer Krankheit, sondern auch wegen ihrer Behandlungsmißfolge machen. Wir müssen weiter nach Bindegliedern zwischen emotionaler und physischer Gesundheit forschen und die Patienten ermächtigen, stets das zu tun, was einen Heilungsprozeß erleichtern kann.

Das andere, der medizinischen Familientherapie zugrundeliegende Ziel ist Gemeinschaftlichkeit ("communion"). Gemeinschaftlichkeit bezieht sich auf die Stärkung emotionaler und spiritueller Bindungen, die durch Krankheit, Behinderung und Kontakt mit dem Gesundheitssystem brüchig werden können. Es ist das Gefühl, von der Gemeinschaft aus Familienmitgliedern, Freunden und Fachleuten umsorgt, geliebt und unterstützt zu werden. Es ist ein Weg, Mut für eine förderliche Interdependenz zu machen, die ein notwendiger Lebensbestandteil in den Neunzigern und darüberhinaus in einem neuen Jahrtausend in einer globalen Wirtschaft ist. Ernsthafte Krankheit oder Behinderung ist eine existentielle Krise, die den betroffenen Menschen von denen, die für ihn sorgen, mit erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen isolieren kann. Vielleicht kennen Sie den Beitrag von House et al. (1988), die zeigen, daß der Mangel an guter sozialer Unterstützung ein größerer Risikofaktor für Krankheit ist als das Rauchen! Und es stimmt auch, daß eine schwerwiegende Krankheit oder Behinderung Möglichkeiten schafft, alte Konflikte zu lösen und neue Wege für förderliche Familienbande zu ebnet.

So, wie Beziehungspathologien eine Vielzahl unserer psychosomatischen und unsere seelische Gesundheit betreffende Probleme hervorrufen, so bieten die sozialen Beziehungen des Patienten eine Ressource für die allgemeine medizinische Praxis und die Psychotherapie. Was bedeutet das? Es bedeutet, daß alle Ärzte und Psychotherapeuten eine Grundausbildung in Systemtheorie aufweisen müssen, daß alle Kliniker wissen müssen, wie Patienten und Familien einzuschätzen sind und mit ihnen zusammenzuarbeiten ist, und – auch auf die Gefahr hin, daß es eher poetisch als wissenschaftlich klingt – wir alle müssen wissen, wie man die Menschen lehrt zu lieben. Es ist das Lieben und Geliebtwerden, die dem Trauma, den Enttäuschungen und den Symptomen des täglichen Lebens entgegenwirken. In der therapeutischen Beziehung ist dies herauszuarbeiten.

Was meine ich mit dem Begriff Liebe in diesem Zusammenhang? Ganz bestimmt meine ich *nicht* den Geschlechtsakt als solchen. Frank (1995), medizinischer Soziologe und Autor von *The Wounded Storyteller*, definiert Liebe als "das stärkste und höchst konzentrierte Interesse an einer anderen Person". Der Soziobiologe de Waal (1999) sagt in einem Artikel mit dem Titel *The Pitfalls of Not Knowing the Whole Animal*, in dem er über die Bedeutung des Liebens bei der Erforschung tierischer Lebewesen schreibt, weitestgehend dasselbe. In unserem Fall handelt es sich um das menschliche Lebewesen. Frank (1995) überträgt diesen Gedanken auf die Gesundheitsfürsorge und sagt:

"Was du nicht liebst, kannst du nicht heilen. Du kannst manipulieren, du kannst möglicherweise kurieren, aber du kannst nicht heilen."

Wenn wir nicht in dieser Weise tätig sein können, ist es ein Verlust für uns als Fachleute, mehr noch als für Patienten und Familien. Sicherlich können unter Druck und routinemäßig ausgeführte medizinische Maßnahmen eine Linderung herbeiführen, was aber einer tatsächlichen Heilung entgegenwirken kann. In der Psychotherapie haben wir die Möglichkeit zu heilen.

Auf dem Gebiet der Familienmedizin ist es entscheidend zu erkennen, wie wichtig es für Menschen ist, ihre Krankengeschichten denjenigen, die sie mögen, zu erzählen, um so eine Möglichkeit zu haben, ein Gefühl von Kontrolle über ihr Leben zurückzuerlangen. Arthur Frank schreibt in ergreifender Weise über die Bedeutung von Bezeugung und Aussage als Teil des Heilungsprozesses. Lassen Sie mich zitieren:

"Die kranke Person, die Krankheit in eine Erzählung kleidet, wandelt Schicksal in Erfahrung um; die Krankheit, die den Körper von den anderen trennt, wird in der Geschichte die gemeinsame Leidensfessel, die die Körper in ihrer geteilten Verwundbarkeit verbindet".

Ist der Mensch verwundet, kann es sein, daß man sich um ihn kümmert, aber als Geschichtenerzähler kümmert er sich um andere. Der Kranke und all diejenigen, die leiden, können auch heilen. Seine Verletzungen werden zur Quelle der Stärke seiner Geschichten. Durch die Geschichten schafft der Kranke empathische Fesseln zwischen sich selbst und dem Zuhörer. Diese Fesseln dehnen sich aus, wenn die Geschichten weitererzählt werden. Die Zuhörer erzählen sie dann anderen weiter und der Kreis geteilter Erfahrung weitet sich.

Weil Geschichten heilen können sind der verwundete Heilende und der verwundete Geschichtenerzähler nicht voneinander getrennt, sie sind aber unterschiedliche Erscheinungen derselben Figur.

Aber Erzählen ist nicht immer einfach, auch das Zuhören nicht. Bei Menschen, die ernsthaft krank sind, ist nicht nur der Körper, sondern auch die Stimme verwundet. Sie müssen zu Geschichtenerzählern werden, damit sie ihre Stimmen, die sie durch Krankheit und deren Behandlung oft verloren haben, zurückgewinnen. Die Stimme gibt die Gedanken wieder und drückt die inneren Vorstellungen aus, sie ist aber auch ein physisches Organ des Körpers. Das Geheimnis von Krankengeschichten ist der begleitende Körperausdruck: in dem Schweigen zwischen den Worten sprechen die Gesten.

Kierkegaard schrieb: "Sein Leben erzählen heißt, die Verantwortung für dieses Leben zu übernehmen. In Geschichten gewinnt der Erzähler nicht nur seine Stimme zurück; er wird Zeuge der Umstände, die ihm die Stimme genommen haben. Indem wir anderen zuhören und unsere eigenen Geschichten erzählen, werden wir zu denen, die wir sind".

Ich möchte nun auf uns selbst als Psychotherapeuten fokussieren und auf Möglichkeiten, wie unser Gefühl für Selbstkompetenz und Gemeinschaftlichkeit in unserem professionellen Kontext, gemeinsam mit dem Team der medizinischen Versorgung, ausgeprägt werden kann.

Im Hinblick auf Fertigkeiten, die für eine Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten notwendig sind, möchte ich als erstes behaupten, daß es möglich ist, eine ordentliche Patientenversorgung zu gewährleisten, wenn die Fachleute sich nur gegenseitig tolerieren. Mit unkomplizierten Patienten kann dies gut laufen. *Cooperation* ist im Englischen das Wort, mit dem wir ausdrücken, daß wir einander helfen, während *Collaboration* das oben beschriebene gemeinsame Erarbeiten und Bestreben einschließt. Je komplexer und schwieriger der Patient ist, um so wichtiger ist es, daß sich die Fachleute entlang des Kontinuums von gegenseitiger Toleranz hin zu einem Mitwirken an wahrhafter Zusammenarbeit bewegen.

Die Kinderärztin Perrin (1999) forderte letztes Jahr in ihrer Ansprache bei der Society for Developmental and Behavioral Pediatrics ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten. Sie unterschied zwischen professioneller Zusammenarbeit und Hilfe:

"Der Unterschied zwischen "Zusammenarbeit" und "Hilfe" ist, daß bei einer Zusammenarbeit die Teilnehmenden das gleiche Ziel haben, einen relativ ähnlichen Status und Einfluß, aber unterschiedliche Fertigkeiten und Wissensbereiche, die dazu beitragen können, das Ziel zu erreichen. Helfer haben, im Gegensatz dazu, das gleiche Ziel, aber sie haben im Allgemeinen weniger Macht und Status. Zusammenarbeit funktioniert am besten, wenn zwei Partner sich einer Aufgabe stellen und jeder dabei von der Idee ausgeht, über Wissen, Fertigkeiten und Möglichkeiten zu verfügen, die der andere brauchen kann und ein Ziel erreichen will, das beide gemeinsam anstreben. Jeder Teilnehmer sollte bei

diesem Prozeß etwas gewinnen, und das Produkt sollte besser sein, als jene Produkte, die die Teile jeweils getrennt voneinander liefern könnten.

Zusammenarbeit ist im Wesentlichen ein Prozeß, bei dem Unterschiede toleriert und genutzt werden, um auf ein gemeinsames Ziel hinzuarbeiten. Es ist eine berufliche Analogie zur Anerkennung der Unterschiede zwischen Schwarzen und Weißen in den USA oder Aussöhnung zwischen Ost- und Westdeutschen etc. Die Vereinigung von Körper und Geist, von somatisch orientierten und psychotherapeutischen Fertigkeiten ist Teil des gleichen Prozesses der Vereinigung und anderer menschlicher Gegensätze.¹

Dennoch gibt es viele Hindernisse auf dem Weg zu einer professionellen Zusammenarbeit, einschließlich der soziopolitischen Unterschiede, die die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen mit sich bringen. Eine Krankenschwester hat einen anderen Status inne als ein Mediziner, ein Psychologe einen anderen als ein Sozialarbeiter. Manchmal glauben diejenigen unter uns, die höher in der Hierarchie stehen, daß es die Aufgabe der unter ihnen Stehenden ist, ihre Berufsausübung der unseren anzupassen. Effektive Zusammenarbeit setzt die Überzeugung voraus, daß eine professionelle Partnerschaft uns unsere Arbeit erleichtert und die Patienten davon profitieren (Was nur zum Nutzen der Patienten ist, ist nicht genug!). Unglücklicherweise finden Ausbildungen in Gesundheitsberufen meist in abgeschotteten Räumen statt, wo jeder Disziplin glauben gemacht wird, daß sie selbst die Guten seien, die Auserwählten, und die anderen sind schlecht oder zumindest beschränkt. Diese Stereotypisierung ist auch unter den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen weit verbreitet. Wir Psychotherapeuten sind sensible Anbieter bedeutsamer Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge im Gegensatz zu diesen Chirurgen, die einen notwendigen aber brutalen Job machen. Der schlicht größte und weitverbreitetste Fehler von Psychotherapeuten ist es, zu versuchen, die medizinischen Kollegen zu unserer Denkweise zu bekehren, so als wäre zuerst eine paradigmatische Teufelsaustreibung und Wiedergeburt notwendig, bevor wahre Zusammenarbeit beginnen kann. Die meisten anderen Fachleute im Gesundheitswesen sind an unseren Theorien nicht interessiert. Sie wollen Hilfe für sich selbst und für ihre Patienten, und sonst nichts.

Die Wahrheit ist, daß jede Berufsgruppe über verschiedene Fertigkeiten und Arbeitsweisen verfügt, die ihren Zielen und Aufgaben angepaßt sind. Zum Beispiel sehen andere Spezialisten ihre Patienten oft nur 6-10 Minuten. Ich hatte Kollegen, die mich fragten: "Was in aller Welt *machen* Sie da drin mit dem

¹ Ich bin im rassistischen Süden der USA aufgewachsen, und habe oft gedacht, daß es diese polarisierenden Erfahrungen waren, die meine Arbeit über die Kollaboration zwischen Gesundheitsfachleuten und Psychotherapeuten genährt haben, um Patienten dabei zu helfen, Geist und Körper zu integrieren und zu vereinigen.

Patienten die ganze Zeit?" In den USA werden diese Unterschiede im Zeitaufwand zwischen den verschiedenen Spezialisten immer größer. Wie in der Szene, in der die Krankenschwester zum Patienten sagt: "Sie können sich jetzt wieder anziehen. Der Doktor hat Sie gesehen, als Sie gerade weggeschaut haben." Sieht man die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen eher als Unterschiede in der beruflichen Kultur und Arbeitsweise denn als unangenehme persönliche Eigenschaften, so kann uns dies helfen einander besser zu verstehen und effektiver zusammenzuarbeiten. Versuchen Sie die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachleuten als ein interkulturelles Experiment zu sehen, so wie es in einem Cartoon illustriert wird: Die Katze sagt: Ich versuche nicht zurückhaltend zu sein, ich bin einfach eine gottverdammte Katze." Das Verstehen dieser Unterschiede in Kultur und Arbeitsweise kann Vorwürfe und Machtkämpfe verhindern.

Zusätzlich zu unseren Wahrnehmungen von Machtunterschieden zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen gibt es auch noch Hindernisse für eine effektive Zusammenarbeit, die aus unseren eigenen Kontakten mit Gesundheitsfachleuten entstehen können. Persönliche Erfahrungen während eigener Erkrankungen oder der von Familienangehörigen können zu einer Art berufsbedingter Gegenübertragung führen, derer wir uns bewußt sein müssen.

Wie in Familien ist der Respekt innerhalb eines Gesundheitsfürsorgeteams abhängig von klaren Rollendefinitionen. Rollenkonfusion in einer kollaborativen Beziehung führt zu Ambiguitäten in der therapeutischen Beziehung. Patienten kommen mit körperlichen Beschwerden zu ihrem Psychotherapeuten und mit psychosozialen Klagen zu ihrem Arzt. Das heißt, die Klärung der Grenzen innerhalb der Beziehung ist eine der wichtigsten Erfordernisse für eine effektive Kollaboration.

Ein ausgeprägtes Gefühl für Selbstkompetenz erleichtert eine klare Kommunikation und die Entwicklung eines gemeinsamen Strebens; dies sind die beiden anderen Schlüssel für erfolgreiche Zusammenarbeit. Wenn ich über Zusammenarbeit spreche, beklagen sich Gruppen interessanterweise immer, daß die *anderen* nicht angemessen kommunizieren. Es ist wie das Anhören beider Parteien bei einem Eheproblem. Gemeinsames Training kann nützliche Gelegenheiten bieten, um zu lernen gemeinsam effektiv zu arbeiten. Verschiedene Universitäten in den USA bieten inzwischen interdisziplinäre Kurse für Studenten der Medizin, Psychologie und Krankenpflege an, um gemeinsam zu üben.

Betrachtet man all die internen und externen Hindernisse, die einer professionellen Zusammenarbeit und Solidarität im Wege stehen, fragt man: Warum sich plagen? Ich denke es gibt zwei Gründe. Einer davon ist, daß es häufig diese Zusammenarbeit ist, die bei unterversorgten oder schwierig zu behandelnden Patienten zu klinischen Innovationen führen. Ich möchte Sie kurz über zwei meiner letzten Projekte unterrichten, die direkt aus der klinischen Zusammen-

arbeit heraus entstanden sind. Das erste habe ich mit Tom Campbell durchgeführt, einem Arzt, mit dem mich eine langjährige klinische und akademische Beziehung verbindet. Wir interessierten uns seit langem für die schwierigen Patienten mit Somatisierungsstörungen in der Grundversorgung, denen anscheinend niemand richtig helfen konnte. Wir versuchten viele Dinge, unter anderem die wirklich schweren Fälle zusammen zu sehen. Wir entschieden, etwas Neues zu versuchen und begannen mit einer Pilot-Studie, die mit 125.000 \$ von der kommunalen Krankenhilfe für arme Patienten (Community's managed care insurer for poor patients) unterstützt wurde. Wir untersuchten hochbelastete Dauerpatienten in der Grundversorgung, Patienten mit häufigen Arztbesuchen, vielen diagnostischen Tests, häufig komplizierten organischen Erkrankungen und hohen Depressions- und Angstwerten. Mit Hilfe eines randomisierten Kontrollgruppen-Designs mit 80 Patienten testeten wir ein Modell der kollaborativen Behandlung. Dieses Modell bestand aus: Einem Interview mit dem Patienten und seiner Familie durch den Psychotherapeuten und dem Familienmediziner, der psychischen Diagnose, einer angemessenen psychopharmakologischen Behandlung, einer sechswöchigen psychoedukativen Angehörigengruppe, monatlichen telefonischen Nachsorgegesprächen zwischen dem Patienten durch den Psychotherapeuten und persönlichen Gesprächen mit dem Arzt und Kurzzeit-Psychotherapie, wenn dies nötig und für den Patienten akzeptabel war. Es ist eine umfassende Studie, die wir hoffentlich nächstes Jahr mit einer größeren und heterogeneren Patientengruppe an den Hospital's Satellite Practices wiederholen können. Wir versuchen mit einem neuen kollaborativen Ansatz die unbefriedigten Bedürfnisse dieser Patienten auf eine Art anzusprechen, die für sie akzeptabel ist.

Das zweite Projekt begann letztes Frühjahr als Ergebnis einer Zusammenarbeit mit zwei Genetikern unserer Klinik. Diese Genetiker hatten eine Studie fertiggestellt, in der Frauen bezüglich der Brustkrebsgene BRCA 1 und BRCA 2 getestet wurden. Ein Jahr später erkannten sie, daß diese Frauen eine Form von Unterstützung brauchten, die zu geben sie sich nicht in der Lage fühlten. Sie sagten, daß die Frauen sich anscheinend von ihnen vernachlässigt fühlen. Sie fragten mich und eine junge Kollegin, Jenny Speice, ob wir ein Unterstützungsangebot entwickeln könnten. In der Literatur fanden wir sehr wenig, an dem wir uns orientieren konnten. Wir führten lange Interviews mit den Genetikern, durchforsteten die Literatur nach Vor-Test-Beratung, studierten die Gruppen für Brustkrebskranke von David Spiegel und die Familiengruppen für chronisch Kranke von Peter Steinglass und bezogen uns auf unsere eigenen Erfahrungen mit den psychoedukativen Gruppen für Dauerpatienten. Draufhin gestalteten wir eine psychoedukative Gruppe mit 6 Sitzungen für Frauen, deren Test auf das Vorhandensein des Brustkrebsgens positiv ausfiel.

Die Gruppe setzte sich aus neun Frauen im Alter zwischen 32 und 60 Jahren zusammen, einschließlich zwei Schwestern und einer Frau zusammen mit ihrer Nichte. Sechs davon hatten bereits einmal Krebs. Die Frauen wünschten, alleine zur Gruppe zu kommen, ohne ihren Partner oder andere Familienangehörige. Dennoch drehten sich viele der Gruppengespräche um Familienthemen.

Die ersten 15 Minuten jeder Gruppensitzung wurden zusammen mit dem medizinischen Team verbracht, das die Fragen der Frauen beantwortete und sie über jede Neuigkeit in Bezug auf die Gene, die Krankheit und die Behandlung informierte. Die folgenden 75 Minuten wurden Themen gewidmet, die von den Frauen selbst eingebracht wurden. Die Sitzungen waren sehr gefühlsintensiv. Zu Beginn waren die Frauen zögerlich, fanden dann aber schnell Zugang zueinander, als sie entdeckten, daß sie die gleichen Erfahrungen teilten und sich zum ersten Mal verstanden fühlten. Es gab viele bedeutsame Themen, z. B. distanzierte Ehepartner, oder Kinder, die angesichts ihrer eigenen möglichen Veranlagung ärgerlich wurden. Eine Frau war sehr belastet durch den Konflikt und den entstandenen Bruch, als sich ihr erwachsener Sohn auf ihr Drängen hin testen ließ, und sowohl hinsichtlich BRCA 1 und BRCA 2 positiv war. Ihre Schwiegertochter sagte, "wenn ich jetzt meine Töchter anschau, sehe ich den Tod in ihren Gesichtern. Ich bin zornig darüber, was du unserer Zukunft angetan hast." Die meisten Frauen in der Gruppe griffen aufgrund des Wissens über ihre Veranlagung zu prophylaktischen Maßnahmen; sie ließen eine präventive Mastektomie durchführen, wovon sie sich eine Verlängerung ihres Lebens versprachen. Die Frau, deren Sohn den Kontakt zu seiner Mutter abbrach, sagte, "Ich bin froh, den Test gemacht zu haben, denn es ist das Wissen und die Information, die mich am Leben hält. Für mich ist es wichtig, aber nun fühle ich mich schuldig, daß ich meine Kinder so sehr bedrängt habe."

Alle Frauen unserer Gruppe gestanden ein, daß sie die Bedeutung des positiven Testergebnisses weit unterschätzt hätten. Einige von ihnen benutzten den Begriff rücksichtslos für ihre Einstellung vor dem Test. In der Studie wurde ihnen eine ausgezeichnete, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Vor-Test-Beratung durch den genetischen Berater zuteil. Alle diese Frauen dachten, daß es besser sei, ihren genetischen Status zu wissen als ihn nicht zu kennen. Sie bedauerten den Test nicht, stimmten aber alle zu, daß ihre eigenen Reaktionen und die ihrer nahen Angehörigen weitaus komplizierter und schwieriger waren, als sie sich jemals vorstellen konnten. Die Gruppe bot ihnen einen sicheren Raum, um all diese schmerzlichen Probleme zu besprechen.

Ich meine, diese Unterstützung sollte zukünftig bei den Testungskosten berücksichtigt werden. Es war lehrreich, an diesen beiden kooperativen Projekten teilzunehmen, und ich bin dankbar in einer Umgebung zu arbeiten, wo diese Art der Kooperation möglich ist. Wenn ich gerade von anregender Arbeit spreche: Der zweite Grund, warum es an multiprofessioneller Kooperation festzuhalten gilt, ist, daß wir dadurch viel Unterstützung bei unserer streßreichen Arbeit bekom-

men. Es ist unabdingbar, daß wir inmitten all dem Streß, dem Bemühen um eine Veränderung des Gesundheitswesens und des politischen Klimas, den kranken Patienten und ihren Familien und den manchmal eine Herausforderung darstellenden Arbeitsbedingungen auf uns selbst achten. Wir können schnell so geschäftig oder ausgebrannt und erschöpft werden, daß wir den Sinn für Effektivität und Zufriedenheit verlieren. In diesem Zusammenhang kann ein gutes multidisziplinäres Team von Kollegen, ähnlich der Familie im Privatleben, funktionieren: Um Feedback und Unterstützung zu geben, wenn uns die Verantwortung in unseren Berufen zu überlasten scheint. Wie brauchen unsere eigene Therapie oder unsere eigenen Gruppen zur Unterstützung und Beratung, unsere eigene professionelle helfende Gemeinschaft, um sicherzustellen, daß unsere eigene Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten weiter wachsen kann. Ich war in Rochester 17 Jahre lang in einer solchen Gruppe. Sie bestand aus Internisten und Psychotherapeuten und ist ein wesentlicher Teil meiner Art, auf mein professionelles Selbst Acht zu geben. Keinem gelingt es in der Arena unseres heutigen Gesundheitswesens zu funktionieren, ohne daß er sorgfältig auf die eigenen Bedürfnisse achtet.

Die ideale kooperative Struktur, eine Vision für die Zukunft, umfaßt Psychotherapeuten und Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die dieselben Positionen und dieselben Visionen teilen, und sich gemeinsam als ein System in einem nahtlosen Netz biopsychosozialer Dienste verstehen. Anbieter, Patienten und Familien haben die gleichen Erwartungen an ein Team, das sowohl Prävention als auch Behandlung anbietet. Alle professionellen Helfer fühlen sich dem Paradigma eines biopsychosozialen Systems verpflichtet und haben ein tiefes Verständnis für die Rollen und die Kultur eines jeden anderen entwickelt. Es werden regelmäßige Teamsitzungen abgehalten, in denen sowohl Patientenangelegenheiten als auch Fragen der Teamzusammenarbeit diskutiert werden, in die manchmal Patienten und Familienangehörige miteinbezogen werden. Es werden bewußt Anstrengungen unternommen, um Macht und Einflußmöglichkeiten zwischen den Helfern je nach Rolle und Fachbereich auszubalancieren und die Macht der Patienten und der Familie anzuerkennen. Jedes Teammitglied fühlt sich in seinem Fachbereich respektiert. Die Kommunikation sowohl innerhalb des Teams, als auch mit dem Patienten und seiner Familie ist klar, funktional und findet häufig statt.

Ich hoffe, ich konnte aufzeigen, daß Zusammenarbeit und Solidarität nicht nur zu klinischen Neuerungen führen können, von denen unsere Patienten profitieren, sondern auch zu Unterstützung und Anregung, die uns als professionellen Helfern zugute kommt. Sicher, jeder von uns kann auch unabhängig und dabei effektiv sein, aber als ein Team von Profis, Patienten und Familienangehörigen, sind wir besser als die Summe unserer Teile.

Literatur

- Anderson H (1997) Conversation, language and possibilities. Basic Books, New York
- Bateson G (1972) Steps to an ecology of mind. Ballentine Books, New York
- Candib L (1995) Medicine and the family. Basic Books, New York
- de Waal FBM (1999) The pitfalls of not knowing the whole animal. Chronicle Higher Education 5: B4-B6.
- Flagg F (1998) Welcome to the world, Baby Girl! Random House, New York
- Frank A (1995) The wounded storyteller: Body, illness, and ethics. Univ Chicago Press, Chicago
- Guggenbuhl-Craig A (1971) Power in the helping professions. Spring Publications, Woodstock Connecticut (dtsch: Macht als Gefahr beim Helfer. Karger, Basel)
- House JS, Landis KR, Umberson D (1988) Social relationships and health: Science 241: 540-544
- Levine C, Zuckerman C (1999) The trouble with families: Toward an ethic of accommodation. Ann Int Med 130: 148-152
- McDaniel SH, Campbell TL, Seaburn D (1990) Family-oriented primary care: A manual for medical providers. Springer, Berlin Heidelberg New York
- McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ (1992) Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. Basic Books, New York (dtsch: Familientherapie in der Medizin. Auer, Heidelberg, 1997)
- McDaniel SH, Hepworth J & Doherty WJ (1997) The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists. Basic Books, New York
- Perrin E (1999) The promise of collaborative care. Develop Behav Pediatrics 20: 57-62
- Price R (1999) Letter to a man in the fire. Scribner, New York

Paternalismus – die verschleierte Macht

Brigitte Dorst

Ungleichheit der Geschlechter

Mit vielen von Ihnen teile ich vermutlich das Unbehagen an den Wörtern, die auf "-ismus" enden. Dennoch hatte ich für das, was ich mit Ihnen zusammen näher betrachten will, Paternalismus, kein treffenderes Wort zur Verfügung.

Was also ist gemeint mit paternalistischen Mustern? Ich möchte Ihnen diese Muster anhand von Beispielen aus verschiedenen Bereichen, insbesondere auch der Therapie verdeutlichen, zur Veranschaulichung ein Märchen zur Rate ziehen und anschließend auf Veränderungswiderstände und geschlechtsspezifische Veränderungsnotwendigkeiten eingehen.

Was also ist Paternalismus? Zunächst ein Beispiel aus dem politischen Bereich: Bei der letzten Bundestagswahl wurden 207 Frauen und 669 Männer gewählt, im Kabinett sind fünf Frauen vertreten. Soviel Abgeordnete und Ministerinnen gab es noch nie. Aber: Alle wichtigen Ämter, alle politisch einflußreichen Positionen vom Bundeskanzler, Außenminister über den Bundestagspräsidenten bis zu den Ministerien, die als besonders einflußreiche politische Machtzentren angesehen werden, sind männlich besetzt. Paternalismus im politischen Bereich zeigt sich darin, daß Frauen zwar mitspielen und mitmachen dürfen, aber sich doch mit den zweiten und dritten und weiteren Rangplätzen zufrieden geben sollen. Weibliche Sachkompetenz in den Ausschüssen – ja, aber die Schalthebel der Macht sollen weiterhin in Männerhänden bleiben.

Das Arrangement der Geschlechter heißt hier: Männer müssen dirigieren – Frauen dürfen assistieren. Gewiß, es gibt inzwischen Quoten, Bemühungen um eine Gleichstellung von Frau und Mann, Gleichstellungsbeauftragte auf allen Ebenen, Erziehungszeiten für beide Geschlechter, die de facto von knapp 2 % der Väter realisiert werden, es gibt Frauenförderpläne und Frauenbeiräte, aber von wirklich geteilter politischer Macht ist die weibliche Hälfte der Bevölkerung noch weit entfernt.

Trotz etwa 40 % berufstätiger Frauen in Vollzeitbeschäftigung liegt der Frauenanteil in Führungspositionen nur bei 4 % (vgl. Aberle 1993; Linde 1989; BMFJ 1992). Zwar bringen Frauen ihrem Beruf inzwischen ein ähnlich hohes Interesse entgegen wie Männer und verfügen zunehmend über gleich hohe fachliche Ausbildungen und Berufsqualifikationen. Es fehlt Frauen nicht an den entsprechenden Karriereeigenschaften, beruflichen Qualifikationen und Motivationen zum beruflichen Engagement und zum beruflichen Aufstieg. Aber berufliche Förderung, Personalauswahl und Entscheidungen über Leitungspositionen werden von Männern getroffen. Das bedeutet im Ergebnis: Entscheidungen richten sich weniger nach Leistung und Persönlichkeit, sondern v. a. nach der Geschlechtszugehörigkeit. Männer wählen Männer aus. Der Zugang zur Macht liegt fast ausschließlich in den Händen der Männer.

Frauen sind in unserer Gesellschaft eine zahlenmäßige Mehrheit ohne Macht. Zentrale Positionen und Entscheidungsfunktionen in Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Verwaltung, in den Medien und den Kirchen sind männlich besetzt. Dies führt zu den bekannten und noch immer bestehenden Benachteiligungen von Frauen im Berufsleben: ungleicher Lohn, höhere Arbeitslosenquoten, ungleiche Behandlung bei Stellenvergaben und Personalwahl, bei Berufungsverfahren, Karriereförderungen, Listenplatzvergaben etc. – all dies trotz gesetzlicher Gleichstellung.

In Experten-Gremien, Vorständen, Sachverständigenkommissionen, Aufsichtsräten, Kuratorien etc., d. h. in Gruppen, in denen Macht ausgeübt wird, finden sich 7,2 % Frauen. In über der Hälfte dieser Gremien sitzt keine einzige Frau. In der Wirtschaft sind 0,3 % Frauen in den Aufsichtsräten; Vorstandsmitglieder sind zu 0,7 % Frauen; als Geschäftsführerinnen von GmbHs sind 2,6 % und im mittleren Management der Wirtschaft sind 4,1 % Frauen zu finden. Soweit nur kurz zu den nüchternen Zahlen und Fakten, zum Stand der Gleichberechtigung.

Hinter der Praxis der Ungleichbehandlung und noch schwieriger anzugehen ist die verdeckte männliche Macht, die Definitionsmacht in der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit, in Zuschreibungen von spezifischen Eigenschaften, Rollen und Verhaltensmustern für Männer und Frauen, in kulturellen und sozialen Normierungen. Das ist gemeint mit der Bezeichnung Patriarchat heute:

"... eine Anordnung gesellschaftlicher Verhältnisse, die eine materielle Grundlage besitzt und in der hierarchische wie auch solidarische Beziehungen zwischen Männern existieren, die es ihnen ermöglichen, Macht als Herrschaft über Frauen auszuüben." (Hartmann, zit. in Cockburn 1993, S. 232)

Was läßt Männer so festhalten an allen Formen von Macht und Einfluß, an den weltweiten Herrenclubs, von der NATO bis zum Kardinals-Kollegium? Was bedeutet Macht für Männer und was bedeutet sie für Frauen?

Verschiedene Formen im Umgang und Verständnis von Macht bei Frauen und Männern

Innerhalb der Frauenbewegung war "Macht" lange Zeit umstritten. Macht galt als etwas Männliches, Gewalttätiges, Negatives, das in scharfem Kontrast steht zu weiblichen Werten der Empathie, der Fürsorglichkeit und Unterstützung anderer. Macht galt als männliche Waffe zur Unterdrückung von Frauen und zur Sicherung männlicher Herrschaft.

Die klassische Definition Max Webers beschreibt Macht als jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung, den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht. Damit ist ein grundlegendes Verständnis von Macht als Herrschaft, den eigenen Willen gegen den Widerstrebender durchsetzen zu können, impliziert, nicht ein Verständnis von Macht als Machen oder Können, als Kompetenz. Der Begriff Macht taucht v. a. im politischen und gesellschaftlichen Kontext auf, weitaus seltener als moralisch-ethische Kategorie.

Die Attribute der "Macht", so Stammer, "Überlegenheit und Einfluß, Führung und Gehorsam, Überordnung und Unterordnung, Prestige und Autorität, sind in allen sozialen Beziehungen und Gebilden festzustellen." (Stammer, in: König, 1967, S. 125)

Auch unsere Alltagsvorstellungen von Macht sind in der Regel eng verknüpft mit der Idee des Herrschens, der Beherrschung und Kontrolle. Dies beginnt bereits mit der Erziehung. Erziehung soll spezifische Formen der Herrschaft über eigene Triebimpulse, Affekte, Kognitionen und Wünsche einüben. Sich selbst "beherrschen" können wird von einem Erwachsenen erwartet, ein(e) Gruppenleiter/In soll die Situation in der Gruppe beherrschen können, ein(e) Leiter/In einer Einrichtung soll "souverän" zu führen verstehen. Politiker glauben, es komme darauf an, alles "voll im Griff" zu haben, "Herr der Lage" zu sein.

Die patriarchale Kultur ist durchdrungen von Vorstellungen, uns selbst und andere zu beherrschen. Diese oft zwanghaften Vorstellungen, sich selbst ganz in der Kontrolle, die Situation souverän zu beherrschen, alles im Griff zu haben, verhindern und blockieren Fähigkeiten, mit Prozessen und Entwicklungen mitzufließen, sich selbst mit anderen anders als in Form von Herrschaft und Kontrolle

in Beziehung zu setzen, sich wechselseitig in den vorhandenen Möglichkeiten und Entwicklungen zu fördern. Sie verhindern synergetische Austauschprozesse.

Macht, Allmächtigkeit und Herrschaft sind nicht zuletzt auch zentrale Aspekte im christlichen Gottesbild. Gott wird präsentiert und beschrieben im archetypischen Bild des Herrschers und des Übermächtigen, als Richter und Gesetzgeber. Macht und Herrschaft sind seine wichtigsten Attribute. Er gilt als "Herr der himmlischen Heerscharen", also oberster göttlicher Kriegsherr.

Fragt man Männer, was Machtfragen seien, sind die häufigsten Assoziationen: Staat, Hierarchie, Behörden, Militär und Polizei, Kontrolle der Wirtschaft und Finanzen, Technologie, Macht zu befehlen, Karriere machen und selbst mächtig werden. Institutionalisierte Macht und mit bestimmten Positionen verbundene Privilegien lassen Macht und Machtgefälle in einer Hierarchie als selbstverständlich, nicht etwa als moralisch bedenklich erscheinen. Werden Frauen nach ihren Assoziationen zum Begriff "Macht" gefragt, so z. B. in einer Untersuchung von Ehrhardt-Kramer, so lauten die Antworten: Einfluß, Mißbrauch, Unterdrückung, Ellbogen, Egoismus, Autorität, Konkurrenz, Korruption, Seilschaft, Autonomie, versuchen diese zu ergreifen, gut informiert sein, Zweifel, Verfügen über finanzielle Mittel, Industrie, Regierung, Männerwelt (vgl. Ehrhardt-Kramer 1992, S. 23). D. h.: auch Frauen haben die männlichen Vorstellungen von Macht als Kontrolle und Herrschaft übernommen und verinnerlicht, wenn auch z. T. als Form der Furcht vor Macht und der Ablehnung von Macht.

Macht zeigt sich in allen Formen von Dominanzstreben und Unterordnungsforderungen. Macht, im männlichen Paradigma der Herrschaft, bedeutet, Energien, Kräfte anzusammeln, sie in Sanktionsmittel zu verwandeln und sie dazu zu benutzen, eigene Positionen zu behaupten und zu festigen. Die Analyse und Kritik der gesellschaftlichen Machtstrukturen und der Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern nahm innerhalb der Frauenforschung einen breiten Raum ein. Dabei waren nicht nur Formen der politischen, militärischen und wirtschaftlichen Macht im Blick, sondern v. a. auch die subtilen Formen der Macht: die Definitionsmacht einer androzentrischen Sprache, die Auswirkungen sexistischer Bilder und Botschaften in den Medien, der Werbung, die geschlechtsspezifische Sozialisation, Tabuthemen wie sexuelle Gewalt in Ehen und Familien, sexueller Mißbrauch auch im Rahmen von Therapien usw.

Der männliche Allmachtswahn und all seine Folgeerscheinungen in einer Gesellschaft "in der das 'Selbst als Ausdruck von Macht' als einzig lohnende Realität Geltung hat" (1986, S. 90), wurde auch von Analytikern wie Gruen in seinem Buch "Der Verrat am Selbst" kritisiert. Gruen analysiert, wie die Sucht nach Macht zur Entmenschlichung des Mannes und zur Unterdrückung der Frau führt. Männer benutzen das Image der Macht als Identitätskrücke, Frauen dagegen ihre Ohnmacht. Gruen beschreibt, wie die tiefste Verletzung, die Frauen

in unserer Gesellschaft angetan wird nicht ihre Unterdrückung ist, sondern "ihre Anpassung an den männlichen Mythos seiner Überlegenheit und die Annahme ihrer eigenen Wertlosigkeit" (1986, S. 90).

Ähnlich beschreibt Richter in seinem Buch "Der Gotteskomplex" (1979) die Krankheit und die zerstörerischen Folgewirkungen der männlichen egozentrischen Allmächtsillusionen. Der Zustand struktureller Ungerechtigkeit hat Auswirkungen auf das gesamte System als Normopathie von Ungleichheit. Aber: im Alltag treten diese Formen für die meisten nicht so deutlich in Erscheinung, da tritt Männermacht, vor allem im medizinischen und therapeutischen Bereich, in der milden Verschleierung der anscheinend wohlwollenden väterlichen Autorität auf. Ich nenne diese Form der Machtausübung Paternalismus.

Der sanfte Paternalismus

Paternalismus zeigt sich als Anspruch und im Schaffen von Strukturen, in denen andere, Frauen v. a., auf väterliche Weise behandelt, geführt und ausgebildet werden, ohne sie als gleichberechtigt und gleichverantwortlich anzuerkennen und zu behandeln. Paternalismus ist die Tendenz, eher für jemanden als mit ihm oder ihr zu handeln. Er steht in der Gefahr der klammheimlichen Arroganz der Macht, der heimlichen, oft unter umfangreicher Fürsorglichkeit kaschierten Verachtung der weniger Mächtigen. Paternalismus ist gönnerhaft, nicht partnerschaftlich, eine wohlmeinende, subtile Herrschaftsform, die sich Rechte und Pflichten dem anderen gegenüber anmaßt. Paternalismus spricht gern von der eigenen hohen Verantwortlichkeit, von der Pflicht zum Eingreifen und Entscheiden zum Wohle anderer. Im Kern bedeutet Paternalismus die Idee, daß der Therapeut, die Ärztin, der Leiter besser als die betreffende Person oder Gruppe weiß, was gut für sie ist, was sie braucht und zu tun hat, natürlich "zu ihrem eigenen Besten".

Es ist die Vorstellung, daß unter bestimmten Umständen das Recht und die Pflicht besteht, andere zu beherrschen (sie zu beschützen, auszubilden, zu kontrollieren, zu supervidieren etc.). Sie impliziert einseitige Formen von Abhängigkeit, von denen behauptet wird, daß sie dem Wohle der Abhängigen v. a. zu gute kommen.

Paternalismus beinhaltet das Paradigma, jemand wüßte etwas besser, nicht nur im Sinne der besseren Informiertheit und fachlichen Kompetenz, sondern, daß er besser in der Lage sei, Bedürfnisse und Interessen der Anderen zu definieren, das Gemeinwohl zu bestimmen und vorzugeben, was zu tun sei. Natürlich gibt es Situationen, in denen ich u. U. besser als ein Betroffener erkenne, was gut für ihn

oder sie ist. Daraus folgt jedoch noch lange nicht, daß ich auch bestimmen sollte, was der Betroffene zu tun hat oder zu lassen hat.

Paternalismus verstärkt Abhängigkeit und verhindert Entwicklungen in Richtung auf Interdependenz und Emanzipation. Er verführt die abhängigen Personen dazu, ihrer eigenen Urteilsfähigkeit weniger zu trauen als der von den Vorgesetzten und Autoritätspersonen. Er bewirkt auf lange Sicht den Verlust an moralischem Urteil und an Handlungskompetenz, d. h. wirkt entmündigend.

Paternalismus fördert nicht Wachstum und Erwachsenwerden, sondern hält fest am Abstand zwischen Führung und Geführten und erwartet von diesen Wohlverhalten. Ein paternalistischer Leiter, Therapeut, Chef oder Pastor kann sich außerordentlich einsetzen im Trösten und Beraten für seine Schäfchen. Und natürlich werden paternalistische Verhaltensmuster auch von Frauen praktiziert. Sie sind nicht abhängig vom biologischen Geschlecht, sondern sind Ausdruck eines bestimmten Bewußtseins und einer damit korrespondierenden Haltung. Auch Frauen können sich paternalistisch verhalten. Um deutlich zu machen, daß es nicht um ein biologisches, sondern um ein Bewußtseinskonstrukt geht im Rahmen eines patriarchalen Kontextes, halte ich an der Bezeichnung paternalistisch für beide fest.

Ein paternalistischer Leiter ist darum besorgt, stets die Dinge in der Hand haben zu müssen. Nicht selten sind solche Vorgesetzte erstaunt über die diffuse Wut, die sich unter dem Deckmantel dankbarer Abhängigkeit anstaut. Sie ist ihnen unverständlich, kränkt sie, schließlich meinten sie es doch so gut mit allen.

Wie sehen paternalistische Verhaltensmuster bei Gruppenleitern, Therapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern aus? Da gibt es z. B. den *Pater familias*, der bestimmt, was rechtens ist und gute und versorgende Aspekte zeigt. Da gibt es bisweilen den *Souverän*, dessen Erscheinen und Umgang mit anderen immer etwas Feierlich-Getragendes hat. Da gibt es den *Managertyp*, der die Abteilung forsch nach den Erkenntnissen seiner neuesten systemtheoretischen Weiterbildung umzustrukturieren versucht, weil er es doch jetzt besser weiß. Da gibt es gütige *Beichtväter*, denen man sich mit allen Nöten anvertrauen kann und die für Mängel und Versagen Absolution erteilen, persönliche Ratgeber und Lebenshelfer für alle Notlagen. Da gibt es die *Stars*, deren narzißtische Selbstinszenierung von den weiblichen Bewunderinnen immer wieder beklascht werden muß. Da gibt es den Ausbildungsleiter als verstohlen angehimmelten *Traummann* und *Ersatz-Geliebten* in der Phantasie, der so viel anders und besser erscheint als die gewöhnlichen Ehemänner zuhause. Da gibt es lebenslange *Mutter-Söhne*, die am besten mit Frauen zurechtkommen, die "muttern" als Hauptbeziehungsform haben. Da gibt es den Typus des *Supertherapeuten* und *Möchte-gerne-Genies*, der die neuesten Interventionsstrategien und Psychotechniken in seinen Therapien ungeniert erprobt und für den seine Gruppe eine Art Psycholabor mit mensch-

lichen Versuchskaninchen darstellt. Und natürlich gibt es auch den langsam in Mode kommenden Typus des "*Neuen Mannes*"; ich kenne ihn in zwei Varianten: in der Version des sanften Mannes mit Hausmannsqualitäten, der einmal in der Woche kocht und für sieben Tage Lob einheimsen will, und in der Ausgabe des "wildes Mannes", der angeblich zu seiner ursprünglichen Wildheit und Männlichkeit zurückgefunden hat und dies nun in Gruppen, z. B. trommelnd unter Beweis stellt.

Ähnliche und vergleichbare Varianten gibt es natürlich auch bei Frauen. Es gibt die *Pastorin*, die immer im Dienst ist und jederzeit für Hilfe ansprechbar ist, mit und ohne passendem Zitat. Es gibt die *Große Mutter*, zu der sich Gruppenteilnehmer/Innen oder Mitarbeiter/Innen nur als Söhne und Töchter in Beziehung setzen können; die gute Mutter, die man nicht kränken darf mit anderen Meinungen, weil sie doch immer für alle sorgt und keinen Geburtstag vergißt, Gruppenmütter, die zur frühsymbiotischen Verschmelzung mit ihren Gruppenmitgliedern neigen bzw. Gruppensituationen zu sehr intimisieren und Ablösungen erschweren.

Es gibt die *Managerin*, die heimliche *Geliebte*, die weibliches und männliches Begehren und erotische Wünsche narzißtisch auf sich zieht. Es gibt *weibliche Stars* mit entsprechenden Starallüren; ebenso die *Supertherapeutin*, die *strenge Erzieherin* und auch den Typus der *unabhängigen, emanzipierten Frau*, die sich als Vorbild für andere Frauen versteht und die davon überzeugt ist, daß ihre feministische Position die einzig wahre Form von Feminismus.

Ich will gerne zugeben, daß diese Typologie überpointiert und überzeichnet ist. Und natürlich gibt es Mischformen. Ich möchte auch betonen, daß alle Spielformen des Paternalismus nur mit entsprechenden Komplementärrollen gespielt werden können, und daß es einen weiten Bereich weiblicher Mittäterschaft gibt, durch die Frauen diese Macht ermöglichen und stützen, gesamtgesellschaftlich, politisch, in vielen Vereinen und Einrichtungen und erst recht in den privaten Verhältnissen. Männliche Dominanz und Herrschaft wird gesichert durch die weibliche Bereitschaft, Anerkennung zu gewähren, ohne Anerkennung selbst zu erwarten und damit "selbst-los" zu werden.

Falls Sie sich nicht wiedergefunden haben in dieser Typologie, könnten Sie zu den Menschen gehören, die frei sind von diesen verschleierten, sanften Formen der Machtausübung. Es könnte aber auch sein, daß es sich um einen blinden Fleck handelt, bei dem Spiegelung und Feedback durch ein kompetentes Gegenüber vielleicht hilfreich wären.

Paternalismus und therapeutische Beziehung

Wie gestaltet sich Paternalismus in therapeutischen Beziehungen? Psychotherapie ist eine asymmetrische Beziehungsform, die ein tiefgründiges Zusammenspiel von Übertragung, Realbeziehung, Projektionen und Zusammenarbeit umfaßt, in komplementären Rollen. Diese begründen strukturelle und persönliche Macht des Therapeuten. Alle Wirkfaktoren der Psychotherapie sind potentielle Machtfaktoren, und eine gute Psychotherapie umfaßt auch die kritische Analyse von Macht und Abhängigkeit. Groß ist die Neigung unserer Berufsgruppe, das Gelingen und die Erfolge der Therapie dem eigenen Können und dem eigenen Einfluß paternalistisch zu attribuieren, und die Mißerfolge und Schwierigkeiten der Abwehr der Patienten, ihren Lebensumständen, dem Schweregrad der Störungen bzw. dem schwierigen Setting-Bedingungen zuzuschreiben. Groß ist auch die Gefahr, über hierarchische und dichotome Beziehungsmodelle im Kopf des Therapeuten das Machtgefälle zu vergrößern und zu fixieren, mit Vorstellungen und Zuordnungen wie:

Therapeut – Patient
 Helfer – Hilflöser
 überlegen – unterlegen
 mächtig – ohnmächtig
 charismatischer Heiler – zu behandelnder Kranker

Solche Modelle bewirken stärkere emotionale Abhängigkeit und schwächen eher Ich-Funktionen. Dagegen verringern Beziehungsmodelle der Intersubjektivität, der Ressourcenorientierung und der dialogischen Kommunikation das Machtgefälle. Sie fördern in der Regel die Selbstachtung und Kompetenz der Patienten, nach dem Weg seiner oder ihrer Individuation zu suchen. Nicht zu vergessen in diesem Kontext sind authentische Anerkennung und Sympathie. Ohne Sympathie keine Heilung, so Ferenczi. Der narzißtische Anteil an der Macht der Therapeutenrolle darf nicht geleugnet werden, und vor der narzißtischen Ausbeutung von Klienten und Patientinnen schützt wohl am besten, sich immer wieder um die eigenen Wunden und Beschädigungen und um die eigene Weiterentwicklung zu kümmern in eigenen dafür geeigneten settings.

Zur Besonderheit der therapeutischen Macht gehört ihre spezifische emotionale Aufladung durch den Archetyp des Heilers bzw. der Heilerin. Hiermit sorgsam und verantwortlich umzugehen, ist dem wohl am ehesten möglich, der um seine eigenen Probleme und Beschädigungen weiß und wissen will. Bekanntlich schätzen wir Jungianer und Jungianerinnen bei schwierigen psychologischen

Themen den Rekurs auf die Märchen als Quelle für Lebensweisheit, für die *conditio humana* und für Lösungsmuster bei menschlichen Entwicklungs- und Reifungsproblemen. Daher habe ich gefragt: Gibt es auch zum Thema Paternalismus in Märchen etwas zu finden?

Das Märchen Rumpelstilzchen

Wenden wir uns einmal dem Grimmschen Märchen von Rumpelstilzchen zu. Sie erinnern sich vielleicht; da geht es zunächst um ein typisches Männergespräch zwischen einem Müller und einem König.

"Es traf sich, daß der Müller mit dem König zu sprechen kam, und um sich ein Ansehen zu geben, sagte er zu ihm: 'Ich habe eine Tochter, die kann Stroh zu Gold spinnen'"

Der Müller gibt also mit seiner außergewöhnlichen Tochter an. Dies fordert die Habsucht des Königs heraus, also wird das Mädchen geholt, in eine Kammer voller Stroh gesperrt und soll nun Unmögliches schaffen: aus Stroh Gold spinnen. Viele Frauen kennen diese Aufgabe, aus dem letzten Dreck noch etwas Tolles und Großartiges hinzukriegen, sozusagen aus Nichts bzw. mit sehr geringen Mitteln etwas Wertvolles zu schaffen. Nun ja, die Müllerstochter schafft es und wie es in dem Märchen so zugeht, nicht einmal, nicht zweimal, sondern dreimal. Jedes Mal unter Drohungen und Versprechungen: "Spinn Stroh zu Gold, wenn Dir dein Leben lieb ist." Jedes Mal wird die Habgier des Königs größer, entsprechend die Kammer mit Stroh. Beim dritten Mal heißt es: "Gelingt dir's, so sollst du meine Gemahlin werden." Heimlich hilft der Müllerstochter ein kleines Männchen, das sich zunächst wie ein guter, einfühlsamer und hilfreicher Geist zeigt und als Entgelt zunächst Halskette und Ring – Symbole enger Bindung – entgegen nimmt. Beim dritten Mal verlangt es das Kind der Königin als Lohn. Sie verspricht es. Eine Zeitlang geht alles scheinbar gut. Der König hat die Müllerstochter geheiratet, sie ist also Königin geworden, hat als gehorsame Vaters-tochter alle Grandiositätswünsche des Vaters erfüllt, hat ein Kind geboren – da meldet sich das Männchen wieder und will nun das Neugeborene holen.

Psychologisch betrachtet: die Situation spitzt sich zu, jetzt geht es um die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten, um die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Märchenheldin. Dafür stehen ja bekanntlich symbolisch die Kinder in Märchen und Träumen. Was hilft aus dieser Not und Bedrohung? Die Königin soll den Namen des geheimnisvollen einstigen Helfers in der Not herausfinden,

der ihr jetzt ans Leben will. Das heißt, sie muß herausfinden, welche innere Macht ihr Kind, ihre weiteren Lebensmöglichkeiten bedroht.

Psychologisch bedeutet dies: Der Komplex muß erkannt, benannt, bewußt gemacht werden, erst dann ist seine beanspruchende tributfordernde und bedrohliche Macht zu brechen. Paternale Leistungsanforderungen, großartig sein zu müssen, außergewöhnlich, fast Unmögliches im Leben zustande zu bringen, dies muß als destruktiver, verinnerlichter unbewußter Leistungskomplex erkannt und identifiziert werden. Wie geht die einstige Müllerstochter diese Aufgabe an? Wie eine gut geschulte Vaterstochter, nachdem weibliches Bitten und Jammern nichts genutzt haben: vernünftig, rational, systematisch. Boten werden ins Land geschickt, sollen alle seltsamen Namen erforschen, aber: mit diesen einseitigen kognitiv rationalen und zweckgerichteten Strategien läßt sich die Aufgabe nicht lösen. Auch nicht im zweiten Anlauf nach dem Muster: "Mehr von demselben", d. h. noch mehr Namen herauszufinden (also eine Watzlawicksche Lösung erster Ordnung). Die Lösung wird – zufällig – im tiefen Wald gefunden, dort, wo Fuchs und Hase sich gute Nacht sagen, also in den Tiefen des Unbewußten. Hier, beim stillen, unbeabsichtigten Lauschen, gibt sich das Männchen zu erkennen, gibt seinen Namen preis: "Heute back ich, morgen brauch ich, Übermorgen hol ich der Königin ihr Kind; Ach, wie gut ist, daß niemand weiß, Daß ich Rumpelstilzchen heiß!"

So muß auch in der Analyse der Weg ins Unbekannte der unbewußten Psyche gewagt werden, wo die kreativen, schöpferischen und heilenden Kräfte des Unbewußten mit dem dritten Ohr belauscht werden, und einem Ein-fälle kommen und Lösungen zu-fallen können.

So geschieht es auch in diesem Märchen. Der Name des Rumpelstilzchen wird von den Kundschaftern, den Hilfskräften der Königin, zufällig entdeckt, die Lösung fällt ihr zu. Sie wissen, wie das Märchen ausgeht: Die Königin, nun nicht mehr nur ängstlich bittend, ist der Konfrontation mit dem Männchen nun gewachsen, muß nicht schnell ihr Lösungswort aufsagen, kann im Wissen um die Lösung ihn noch hinhalten, spielerisch sein, zum ersten Mal: "Heißest du Kunz?" – "Nein." – "Heißest du Heinz?" – "Nein." – "Heißest du etwa Rumpelstilzchen?" Und das Märchen fährt fort: "Das hat dir der Teufel gesagt, das hat dir der Teufel gesagt", schrie das Männlein und stieß mit dem rechten Fuß vor Zorn so tief in die Erde, daß es bis an den Leib hineinfuhr, dann packte es in seiner Wut den linken Fuß mit beiden Händen und riß sich selbst mitten entzwei."

In der Schlußszene gibt sich der heimliche Helfer der einstigen Müllerstochter in der ganzen Destruktivität eines paternalen, verinnerlichten tödlichen Leistungskomplexes zu erkennen – er zerreißt sich selbst. Das Märchen stellt die Müllerstochter zwischen zwei männlichen Figuren: einen angeberischen Vater, der seine Tochter für seinen Größenwahn einsetzt, narzißtisch mißbraucht, und

einen goldgierigen, die Fähigkeiten der Frau ausnutzenden und für seine Gier benutzenden Ehemann, der bei Nichterfüllung seiner Erwartungen die Müllers-tochter mit dem Tod bedroht. Da ist keine Mutter, die Müllerstochter ist mutter-seelenallein.

Mir fällt dieses Märchen immer wieder ein, wenn ich es in der Therapie oder Supervision mit erschöpften, von Leistungszwängen beherrschten, beruflich erfolgreichen Frauen zu tun habe, die scheinbar alles erreicht haben, typischerweise oft Vatertöchter bzw. mit der patriarchalen Leistungsgesellschaft identifiziert sind und nun an für sie merkwürdigen psychosomatischen Symptomen erkranken, lästigen, immer wiederkehrenden Hautausschlag, Tinnitus, Schlafstörungen oder Erschöpfungsdepressionen, Hörsturz.

Rumpelstilzchen kann sich als die Kehrseite des sanften Paternalismus auf vielfältige Weise zeigen. Kommentar einer jungen Ärztin:

"Genau so war's mit meinem damaligen Chef, jovial väterlich, um mich bemüht, mir Förderung und Unterstützung versprechend. Aber als es um die Früchte meiner Arbeit ging, die Anerkennung für den Aufbau der Therapiestation, und ich die Rolle der gehorsamen Tochter verweigerte, die ihm allein die öffentliche Anerkennung überlassen sollte, da wurde er bösigartig und giftig und blockierte mich von da ab, wo er nur konnte."

Mit welchen Reaktionen und Widerstandsformen muß gerechnet werden, wenn Sie den Paternalismus in seinen alltäglichen Erscheinungsformen bei seinem wahren Namen nennen? Was gehört zur Psychodynamik aufdeckender Veränderungsarbeit? Zunächst einmal ist zu rechnen – bei Frauen und Männern – mit einem hohen Maß an Unaufgeklärtheit über die realen Macht- und Geschlechterverhältnisse. Wenn ich, wie eingangs, einige Zahlen und Fakten benenne, so löst dies oft Erstauen und Abwehr aus.

Milde Formen von Abwehr sind: Ignorieren, Nicht-zur-Kenntnis-nehmen, Übergehen und Nicht-wissen-wollen. Es gibt sodann das Muster unverbindlicher Offenheit oder gar Zustimmung, die aber gänzlich folgenlos bleibt. Beck nennt dieses Muster bei Männern: "Verbale Zustimmung bei weitgehender Verhaltensstarre".

Eine weitere Gruppe von Reaktionsmustern sind: Herabsetzen, Lächerlichmachen, Verspotten oder Trivialisierung der Aussagen und Anliegen. Bei Männern gibt es nicht selten ein undifferenziertes Sich-angegriffen fühlen, bei Frauen, zumal wenn sie sich in der Mehrheit gegenüber einer männlichen Minderheit befinden, ein undifferenziertes Anklagen der anwesenden Männer, pars pro toto. Häufig kommt es dann in Gegenreaktionen zur eilfertigen Verteidigung der Männer durch einige Frauen. Ist das Muster der Anklage von einer

Opferidentifikation bestimmt, so das Muster der Verteidigung von den Identifikationen mit den mächtigen und stathöheren Männern.

In gemischtgeschlechtlichen Gruppen ist Abwehr in Form von kollektiven Gegenrechnungen zu hören: "Aber ihr Frauen seid es doch ..." oder Entwertung einzelner öffentlicher Frauen, als Emanzen, stellvertretend für die anderen, oft verbunden mit dem wohlgemeinten paternalistischen Rat: "Aber Sie sind doch so nett, Sie haben doch diesen ganzen Feminismus gar nicht nötig". Die herrschenden Verhältnisse werden insgesamt gestützt und aufrechterhalten durch ein hohes Maß an Duldung und verharmlosender Kooperationsbereitschaft von Frauen und umgekehrt Dialogverweigerung bei Männern sowie Männerbündnisse, die Entscheidung vorab unter Ausschluß von Frauen treffen.

Und nicht verschweigen will ich auch Formen von Eskalationen offener Gewalt: verbale bis hin zu körperlichen Attacken. Es gibt jedoch auch echtes Sich-betreffen-lassen, sich als Teil der Verhältnisse zu begreifen, bewußtes Leiden und Mitleiden an ungerechten Verhältnissen, Lernen und mühsame Veränderungsschritte bei Frauen und Männern. Wie können diese aussehen?

Macht als Beziehungsstärke: "power to empower others"

In der feministischen Theoriebildung heißt das Gegenmodell zu Macht als Herrschaft "Power to empower others", Macht, andere auch mächtig und stark werden zu lassen, Empowermentstrategien. Menschen sind sowohl in Führungs- und Leitungsrollen als auch in den Rollen von Mitarbeiter/Innen interdependent, voneinander abhängig, verbunden und getrennt zugleich. Macht als Beziehungsstärke bedeutet die Vermeidung starrer Unterordnungsmuster und ein flexibles Status- und Positionsmacht minimierendes Verhalten, das von dem grundlegenden Wert der Egalität ausgeht. Macht ist so Seinsmacht, Autorität-sein statt Autorität haben, die andere er-mächtigen, fördern und befähigen will. Wenn ich nicht ängstlich, um meine Macht bangend, kontrollieren muß und meine Energien nicht in die Festigung und Sicherung des Abstandes zwischen mir und anderen verbrauchen muß, bin ich frei für zuwendende Beziehung, für Austausch, für Senden und Empfangen, wichtige Kommunikationskanäle sind nicht blockiert. Ich verstehe mich als Teil eines größeren Ganzen, bin synergetisch.

Macht als Beherrschung zeigt sich in allen Formen von Dominanzstreben und Unterordnungsforderungen. *Macht als innere Stärke* für Männer und Frauen bedeutet: *Seinsmächtigkeit*, d. h. in der eigenen Mitte zu sein, offen und mit Empathie und Mitgefühl (compassion) Situationen um mich wahrnehmen, nach

Gleichgewicht und Homöostase zu suchen und die eigenen Energien dahin richten zu können, wo sie im Sinne eines besseren Gleichgewichts benötigt werden. Meine Seinsmacht dient damit meiner eigenen Entwicklung ohne die Entwicklung anderer zu hemmen oder zu blockieren. Es ist eine kreative Macht, die sich nicht fürchtet vor persönlichen und kollektiven Veränderungsprozessen. Macht bedeutet im Paradigma der Herrschaft, Stärken und Kraft anzusammeln, sie in Machtmittel, d. h. Sanktionsmittel zu verwandeln und sie dazu zu benutzen, eigene Positionen zu behaupten und zu festigen.

Macht als innere Stärke bedeutet hingegen die grundlegende Stärke und Fähigkeit oder Kompetenz zur *Inter*-Aktion, zum *Interesse* aneinander, zur Gefährten- und Gefährtinnenschaft und nicht zu Führen und Geführt-werden.

Bedeutet Therapie nicht eigentlich dies: Power to empower, mithilfe meiner therapeutischen Kompetenz mit den Patient/Innen den Weg zu ihren Ressourcen und Stärken zu suchen, damit sie selbst für ihr Leben Verantwortung übernehmen können, sich ermächtigen, Entscheidungen zu treffen, Altes zu verlassen, Neues zu wagen, ihren Individuationsweg zu gehen?

Richten wir zum Schluß den Blick noch einmal auf uns selbst als lernende und uns selbst zu verändernde Frauen und Männer. Gerechtere Verhältnisse unter einem anderen Paradigma von Macht und Interdependenz verlangen von Männern und Frauen Unterschiedliches, sie müssen dazu entsprechend den Einseitigkeiten und Verformungen der geschlechtsspezifischen Sozialisation Unterschiedliches lernen. Männer müssen lernen, Macht abzugeben; Macht, Einfluß, Ressourcen, Status und gesicherte Berufspositionen zu teilen, das phobische und paranoid gefärbte Verhältnis gegenüber weiblicher Macht verändern lernen. Frauen müssen lernen, die Angst vor Macht und Einfluß zu verlieren, sich selbst nicht weiter für defizitär zu halten, Barrieren auf dem Weg zu mächtigen und einflußreichen Positionen überwinden, ihre Ambivalenzen im Verhältnis zur Führung, Einfluß und Macht klären, ihre Selbstunterschätzung verändern.

Männer und Frauen müssen gemeinsam die herrschenden Mythen zur Abwehr von Frauen in Führungspositionen entlarven, und ich wünsche mir, daß sie in befreiendes Gelächter darüber ausbrechen könnten, um gemeinsam, mit Lust, das Männerbündische vieler Organisationen zu verändern. Männer können – auch dies ist meine Erfahrung – die Kastrationsangst vor weiblicher Macht überwinden und entdecken, daß sie auch ohne die Identitätskrücke der männlichen Herrschaft aufrecht gehen und stark sein können und schwach sein dürfen, autonom, abhängig und interdependent zugleich. Frauen müssen vor allem das schlechte Gewissen überwinden, wenn sie auch bei "netten" mächtigen Männern strukturelle Macht in Frage stellen und Ungleichheit benennen und anprangern. Sie müssen die Angst vor dem Verlust der Zuwendung und Bestätigung durch Männer überwinden.

Männer und Frauen müssen verstehen lernen, welch tiefgreifender weltgeschichtlicher Wandel notwendig ist, um die Vorherrschaft der Männer abzubauen und die transkulturelle Unterdrückung der Frauen zu beenden. Es geht, spirituell gesprochen, letztlich um mehr Menschlichkeit und Mitmenschlichkeit für alle. Es gibt viel zu tun – packen wir's an, wo immer es notwendig ist!

Literatur

- Abele A, Schaper S (1994) Die Karrierefrau. Eine Inhaltsanalyse populärwissenschaftlicher Ratgeberliteratur (Unveröffentlichtes Manuskript)
- Benjamin J (1993) Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Fischer, Frankfurt aM
- Buber M (1972) Ich und Du. Hegner, Köln
- Buber M (1953) Einsichten. Aus den Schriften gesammelt. Insel-Verlag, Wiesbaden
- Bundesministerium für Frauen und Jugend (BMFJ) (1992) Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Boehm, Rheinbach
- Cockburn C (1993) Blockierte Frauenwege. Argument, Hamburg
- Die Märchen der Gebrüder Grimm. Goldmann, München (o. J.)
- Dorst B (1990) Analytische Arbeit mit geschlechtshomogenen Gruppen. Arbeit mit Frauengruppen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 26: 258-271
- Dorst B (1994) Gruppendynamik als Einübung einer neuen Beziehungskultur im Verhältnis der Geschlechter. Gruppendynamik 1: 39ff
- Dorst B (1991) Psychodynamische und gruppendynamische Besonderheiten von Frauengruppen. Supervision 20: 8-22
- Ehrhardt-Kramer A (1992) Frauen in Leitungsfunktionen im sozialen Bereich. In: Brückner M (Hrsg) Frauen und Sozialmanagement. Lambertus, Freiburg, S 20-33
- Friebel H (1991) Die Gewalt, die Männer macht. Rowohlt, Reinbek
- Gruen A (1986) Der Verrat am Selbst. dtv, München
- Harrison BW (1991) Die neue Ethik der Frauen – kraftvolle Beziehungen statt bloßer Gehorsam. Kreuz, Stuttgart
- Heyward C (1986) Und sie rührte sein Kleid an. Eine feministische Theologie der Beziehung. Kreuz, Stuttgart
- Houglund SL (1991) Die Revolution der Moral. Orlanda, Berlin
- Jakoby M (1987) Psychotherapeuten sind auch Menschen. Walter, Olten (2. Rev. und erw. Auflage unter dem Titel: Übertragung und Beziehung in der Jungschen Praxis. Walter, Olten)
- Josafowik N (1991) Wege zur Macht. Gabler, Wiesbaden

- König R (1967) Das Fischer-Lexikon Soziologie. Fischer, Frankfurt aM
- Meier-Seethaler C (1992) Ursprünge und Befreiungen. Die sexistischen Wurzeln der Kultur. Fischer, Frankfurt aM
- Rhiemeier D (1981) Eine Mehrheit – wie eine Minderheit behandelt. Frauen im Ehrenamt der Kirche. Frauenreferat der Evangelischen Kirche von Westfalen (Hrsg). Bielefeld
- Richter HE (1979) Der Gotteskomplex. Rowohlt, Reinbek
- United Nations (1991) The world's women 1970-1990. Social Statistics and Indicators. Series K, Nr. 8, New York

Die Macht des Wortes

Jörg Bergmann

Es mag deplaziert erscheinen, zu einem Zeitpunkt, da in einem europäischen Nachbarland nicht Worte, sondern Geschosse hin und her fliegen, über "die Macht des Wortes" zu rasonieren. Denn wo die Waffen sprechen, zeigt sich ja nicht die Macht des Wortes, sondern gerade deren Abwesenheit. Eigentlich wäre nicht die Macht, sondern die Ohnmacht des Wortes das angemessene Thema, so scheint es.

Doch auch wenn die Parteien nicht Worte aneinander, sondern Waffen aufeinander richten, verweist der militärische Konflikt auf die Macht des Wortes. Denn ohne Vorbereitung durch Worte wäre der Konflikt nicht entstanden, und um den Konflikt zu beenden, muß irgendwann wieder miteinander gesprochen werden. Das Vertreiben, Töten und Zerstören selbst ist in einem elementaren Sinn stumm; die Bilder, die wir davon zu sehen bekommen, sind für sich genommen sinnlos. Gewalt ist sprachlos, und gerade ihre Sprachlosigkeit ist – wie Arendt (1970) gezeigt hat – die Schwäche der Gewalt. Deshalb gibt sich jede Seite große Mühe, ihr jeweiliges Tun und Lassen über Worte zu legitimieren. Erst Worte verleihen der Auseinandersetzung ihre Bedeutung – für die, die ihn führen, für die, die darunter leiden, und für die, die – wie wir – diesen Konflikt aus der Halbdistanz verfolgen.

Gerade dort, wo Waffen die Worte ersetzt haben, läßt sich also die Macht des Wortes ahnen. Allerdings auch nur ahnen. Denn der Zusammenhang zwischen dem Wort und der Macht ist zwar, wie ich gleich zeigen werde, evident und mit Händen zu greifen, doch gerade weil Wort und Macht so eng umeinander kreisen, entsteht eine flirrende, trugbildhafte Unruhe, welche die begriffliche und beschreibende Fixierung dieses Zusammenhangs vor Probleme stellt.

Deshalb zunächst eine begriffliche Klärung: Macht verstehe ich entsprechend der soziologischen (von Max Weber begründeten) Tradition als das Potential, anderen Akteuren den eigenen Willen aufzuzwingen. Es ist das Potential, eigene Interessen bei anderen durchzusetzen, sei es, indem man dafür Unterstützung findet, Gehorsam sicherstellt oder den Widerstand auf andere – etwa gewaltsame – Weise bricht. Dieses Potential wird freilich in der Soziologie in erster Linie

anhand seiner institutionellen Erscheinungsformen – insbesondere den politischen Institutionen – thematisiert. Darin drückt sich eine Verengung der Perspektive aus, der ich nicht folgen werde. Denn Macht wird in den Erfahrungen und Handlungen der Menschen im Alltag wirksam. Macht ist eine Möglichkeit, wo immer Menschen zusammenkommen und miteinander interagieren. In jeder sozialen Situation kann es geschehen, daß einer der Akteure versucht, seinen Willen bei den anderen Interaktionspartnern durchzusetzen – auch gegen deren Widerstreben. Es erscheint mir deshalb unklug, Macht auf der Makroebene der politischen Institutionen beginnen zu lassen, statt auf der Mikroebene der sozialen Situationen, "in denen Macht hergestellt und erlitten wird" (Sofsky u. Paris 1994, S. 15f.).

Nimmt man Macht allein in seiner politisch-institutionellen Form in den Blick, tritt Sprache als ein bloßes Machtinstrument in Erscheinung und steht – seiner funktionalen Bedeutung nach – neben Körperkraft, Geld, Sanktionsgewalt und anderen Mitteln der Machtdurchsetzung. Demgegenüber erscheint es ergiebiger, Macht nicht von vornherein außerhalb der Sprache zu verorten, sondern so zu konzipieren, daß es möglich wird, der Macht, die der Sprache selbst immanent ist, auf die Spur zu kommen. Erst eine Begründung der Macht im Mikrokosmos sozialer Situationen und Interaktionen gestattet es, einen solchen inneren Zusammenhang von Macht und Wort zu entdecken.

Dieser Spur folgend, möchte ich im folgenden den Versuch machen, unterschiedliche Manifestationen der changierenden Beziehung zwischen dem Wort und der Macht zu identifizieren. In drei Abschnitten werde ich mich zuerst mit der magischen, dann mit der epistemischen und schließlich mit der kommunikativen Macht des Wortes befassen.

Die magische Macht des Wortes

Daß in den Wörtern selbst eine Macht verborgen sein soll, mag uns heute fremd erscheinen. Wir betrachten Wörter als sprachliche Zeichen, die mit dem, was sie bezeichnen, in keinem inneren Zusammenhang stehen. Sprachliche Zeichen sind – wie die Linguistik uns lehrt – arbiträr; sie könnten auch anders lauten.

Doch die Vorstellung, daß ein Wort nicht mehr ist als ein beliebig austauschbares Zeichen, ist eine Errungenschaft der Neuzeit. Über Jahrhunderte hinweg galt die Sprache den Menschen als etwas, das von den Göttern gekommen war. Und da den Namen und Bezeichnungen göttliche Herkunft attribuiert wurde, waren sie gerade nicht zufällig und austauschbar, sondern galten als Teil dessen,

was sie bezeichneten. Dementsprechend sorgsam mußte man mit den Wörtern umgehen. Bestimmte Wörter und Namen durften überhaupt nicht ausgesprochen werden, andere nur nach rituellen Vorkehrungen. Insbesondere waren Verheimlichung und Verbot von Namen eine verbreitete Praxis, motiviert von der Furcht, daß man demjenigen ausgeliefert war, der den eigenen Namen kannte. So suchten Götter und Geister mit allen Mitteln, ihre Namen geheim zu halten, um zu verhindern, daß jemand Macht über sie bekommt. Als Rumpelstilzchen seinen Namen entlarvt sah, packte es – wie es in dem Märchen heißt – in seiner Wut "den linken Fuß mit beiden Händen und riß sich selbst mitten entzwei".

Die Vorstellung, daß derjenige, der Namen gibt, wegnimmt oder Kenntnis von ihnen bekommt, damit auch Macht über die Menschen hat, sitzt tief und bezieht sich keineswegs nur auf Götter. Das zeigt sich nicht zuletzt darin, daß es in der deutschen Sprache einen Ausdruck gibt, in dem der Akt des Benennens und der auf Macht gegründete Akt des Befehlens auf wundersame Weise zusammenfallen. "Heißen" bedeutet im Deutschen "bezeichnen" oder "benennen", etwa wenn jemand sagt: "Ich heiße Fritz", oder als Namensgebung: "Ich heiße dich Fritz". Doch "heißen" hat noch eine andere Bedeutung, es kann auch imperativ verwendet werden und meint dann "befehlen" oder "auffordern" etwa wenn jemand sagt: "Ich heiße Dich warten". Auch kennen wir den Ausdruck, jemand habe etwas "auf Geheiß" einer anderen Person getan. Und selbst wenn diese Bedeutung von "heißen" heute etwas veraltet erscheint, so wird durch diese Engführung von askriptiver und imperativer Semantik ein innerer Zusammenhang von Wort und Macht deutlich.

Eine radikale Interpretation dieses Zusammenhangs hat Friedrich Nietzsche geliefert. Er geht nicht davon aus, daß eine gegebene Sprache in den Akten des Benennens als Machtmittel instrumentalisiert und mißbraucht wird, vielmehr kehrt er diese Beziehung um. "Das Herrenrecht, Namen zu geben", schreibt er in der "Genealogie der Moral", "geht so weit, daß man sich erlauben sollte, den Ursprung der Sprache selbst als Machtäußerung der Herrschenden zu fassen: sie sagen "das ist das und das", sie siegeln jegliches Ding und Geschehen mit einem Laute ab und nehmen es dadurch gleichsam in Besitz" (Nietzsche 1980, S. 260).

Bei Nietzsche wird die Macht zum geheimen Motiv der Sprache. Und selbst wenn man dieser Sichtweise entgegenhält, daß die Sprache auch als ein Mittel der Befreiung von Abhängigkeiten und Unterwerfung dienen kann, läßt sich doch nicht bestreiten, daß sich zahlreiche Belege für diesen inneren Zusammenhang von Macht und Wort finden. Auch hier stellt die deutsche Sprache wieder eine bemerkenswerte Verbindung her: So wie sich im Begriff des "Heißens" das Benennen und das Befehlen überlagern, so verrät die Sprache auch einen inneren Zusammenhang zwischen Macht und Wort, wenn es um die Wahrnehmung der Sprache geht. Nicht nur lautlich, sondern auch entwicklungsgeschichtlich besteht

jedenfalls zwischen dem Akt des Hörens oder Horchens und dem Akt des Gehörens eine enge Verwandtschaft. Der Ausspruch "das gehört sich nicht" sowie der Ausdruck "auf jemanden hören" gehen in die gleiche Richtung. Ganz offensichtlich ist in unserer Sprache die Erfahrung eingelagert, daß der kognitive Vorgang des Hörens und die moralische Bereitschaft zum Gehorsam miteinander verkoppelt sind.

Man kann also sagen: Die nach unserem heutigen Verständnis neutralen Vorgänge des Benennens und Zuhörens sind im traditionellen Verständnis mit einer Machtsemantik aufgeladen, die sich auf eine religiöse wie eine weltliche Macht beziehen kann. Benennen heißt Erschaffen, Befehlen, Inbesitznehmen – Zuhören heißt Befolgen, Gehorchen, Sich-Unterwerfen. Und weil man den Wörtern – den gesprochenen wie den gehörten Wörtern – eine solch große magische Kraft zusprach, mußte man entsprechend vorsichtig mit ihnen umgehen. Es galt Tabuvorschriften zu beachten, Geheimnisse zu wahren und allgemein die hinter den Wörtern liegende Macht und symbolische Ordnung zu respektieren.

Diese rituellen Praktiken der Machtanerkennung sind nun mit einer Gruppe anderer Rituale verbunden, die darauf gerichtet sind, von den Mächtigen gleichsam eine Art Gegenleistung für diese Anerkennungsarbeit zu fordern. Die Gläubigen wandten sich mit ihren Anliegen an die Überirdischen, wobei die Formen, in denen dies geschah, sich erkennbar von den Formen des alltäglich-profanen Sprachgebrauchs unterscheiden mußten. Mithilfe von Reim, Metrik, Gesang, Wiederholung und anderen Gestaltungsmitteln entstanden auf diese Weise rituelle Gebilde eigener, außeralltäglicher Art – Gebete, Rezitationen, Lobpreisungen, Abbitten, Fürbitten u.ä. Die magische Kraft der Sprache liegt in diesem Fall wesentlich darin, daß sie als Instrument des Umgangs mit Göttern und der Beschwörung von Geistern fungiert. Durch entsprechende Wortmagie und zeremonielles Beiwerk sollen die Überirdischen gnädig gestimmt und zum Vorteil des Gläubigen beeinflußt werden – und zwar nicht nur für das eigene Seelenheil, sondern auch für die praktischen Zwecke des Lebens: für die Abwendung einer Mißernte ebenso wie für die Genesung eines Kindes oder die Verdammung eines Zeitgenossen.

Als Zwischenresümee ist festzuhalten, daß das, was die magische Qualität der Macht des Wortes ausmacht, sich in zweifacher Gestalt manifestiert: zum einen als die Macht des religiösen oder weltlichen Herrschers, allein durch Namensgebung die Verfügungs- und Befehlsgewalt über einen anderen zu besitzen, und zum andern als die Macht des Gläubigen, mittels ritueller Praktiken Einfluß auf sein eigenes Schicksal und den Lauf der Welt nehmen zu können. In dem Glauben, daß einzelne Wörter, Bezeichnungen oder sprachliche Wendungen eine magische Kraft besitzen, gründete ursprünglich die Macht des Wortes. Was

aber ist aus dieser magischen Kraft des Wortes in der heutigen Gesellschaft geworden?

Die Vorstellung einer von Beginn an machtbesetzten Sprache, in der jedes Benennen ein Befehlen und jedes Hören ein Gehorchen war, hat als Entstehungshintergrund eine ständische, hierarchisch gegliederte Gesellschaft. Eine solche Gesellschaft weist den Menschen ihre festen sozialen Positionen zu und sorgt dafür, daß alle sozialen Begegnungen und Beziehungen in einem Raum stattfinden, der nach Status und Macht gegliedert ist und in dem von Beginn an die Rollen des Befehlenden und des Befehlsempfängers festgelegt sind. Unsere heutige Gesellschaft ist nicht mehr ständisch gegliedert, ihr Kennzeichen ist hohe soziale Mobilität in der Vertikalen und funktionale Differenzierung in der Horizontalen mit autonomen Teilsystemen. Dazu kommt der weitgehende Rückzug der Religion als einem verbindlichen Leitsystem der Lebensführung und ein bislang nicht gekanntes Maß an Individualisierung der sozialen Akteure. All das hat zur Folge, daß in jeder Situation die Beteiligten fortwährend die "terms", unter denen sie interagieren wollen, aushandeln müssen. Unter solchen Vorzeichen des Zusammenlebens muß die Vorstellung, wonach sprachliche Interaktion in erster Linie nach dem Modell von Befehl und Gehorsam erfolgt, ebenso obsolet erscheinen wie die Überzeugung, durch magisch-religiöse Praktiken den Lauf der Dinge beeinflussen zu können.

Dementsprechend ist der Glaube an die magische Kraft von Wörtern und Namen weitgehend verblaßt. Ganz verschwunden ist er freilich auch heute noch nicht. Magische Reste sind etwa noch in den Alltagsritualen des Dankens, des Entschuldigens, des Gratulierens oder Kondolierens enthalten, oder in den Flüchen und Verwünschungen, die auch heute noch ausgestoßen werden – doch insgesamt sind diese Akte weitgehend zu einer Konvention geschrumpft. Auf den Glauben an die magische Kraft von Wörtern verweist auch die Beobachtung, daß viele – vor allem ältere – Menschen bemüht sind, Themen wie Krebs oder AIDS in Alltagsgesprächen zu vermeiden, und daß nicht wenige, die über die Krebserkrankung eines Verwandten oder Kollegen sprechen, dabei die Stimme senken oder zu flüstern beginnen. Und ein letztes Beispiel: Vor einigen Tagen konnte man in den Zeitungen die Meldung lesen, daß den albanischen Vertriebenen von serbischen Grenzsoldaten die Pässe abgenommen wurden. Welches politische Kalkül auch immer hinter dieser Aktion stecken mag, in ihr kommt auch die magische Vorstellung zum Ausdruck, daß der, der die Namen gibt oder nimmt, die Macht hat. Wenn man nun diese Vorstellung ihrer personalisierenden Sichtweise entkleidet und danach fragt, in welcher Weise Wörter Macht über uns haben, gelangt man zu dem Aspekt, den ich im nun folgenden Abschnitt über die epistemische Macht der Wörter behandeln möchte.

Die epistemische Macht des Wortes

Der zentrale Gedanke lautet, daß die Sprache kein neutrales Medium der Mitteilung und Kommunikation ist, sondern insofern Macht über die Menschen hat, als sie ihnen vorgibt, wie sie ihre Umwelt wahrnehmen. Dieser Gedanke ist ein bekannter Topos in der Geschichte der wissenschaftlichen Sprachbetrachtung und ist heute bekannt als das sogenannte "sprachliche Relativitätsprinzip". Einer der Sprachwissenschaftler, die dieses Prinzip formuliert und der empirischen Überprüfung zugänglich gemacht haben, Benjamin Lee Whorf, hat es einmal folgendermaßen erläutert:

"Wir gliedern und ordnen die mit- und nacheinander auftretenden Ereignisse vornehmlich deshalb gerade so, wie wir es tun, weil wir durch unsere Muttersprache an einem Abkommen darüber beteiligt sind, nicht aber, weil die Natur selbst etwa in genau dieser Weise und für jedermann gegliedert ist. Sprachen unterscheiden sich nicht nur darin, wie sie ihre Sätze aufbauen, sondern auch darin, wie sie die Natur zerschneiden, um jene Elemente zu bekommen, aus denen sie die Sätze aufbauen. Dieses Zerschneiden ergibt die Wörter im Lexikon. (...) Wir denken im Englischen und in ähnlichen Sprachen über das Universum so, als sei es eine Kollektion von gesonderten Dingen und Vorgängen, die unseren Worten entsprechen. (...) In subtileren Fällen projizieren wir alle die linguistischen Verhältnisse unserer jeweiligen Sprache auf das Universum und *sehen* sie dort." (Whorf 1963, S. 40, S. 65)

Was Whorf hier als "Abkommen" bezeichnet, läßt sich – weniger freundlicher – auch so formulieren, daß die Sprache uns dazu zwingt, die Welt in ihren Begriffen wahrzunehmen. Eben dies nenne ich die epistemische Macht des Wortes. Denn die Sprache, die wir uns aneignen, während wir aufwachsen, haben wir uns nicht freiwillig gewählt. Sie ist bereits, wie die Soziologen sagen, als eine "soziale Tatsache" in der Welt, wenn wir uns in die Welt aufmachen. Und weil wir dabei auf die Sprache angewiesen sind, bemerken wir nicht, daß sie uns nur ein begrenztes Reservoir an Interpretationsschemata liefert, mittels derer wir dann unsere Wirklichkeiten konstruieren.

Es ist die widersprüchliche Leistung der Sprache, unsere Weisen des Wahrnehmens, des Erkennens und des Fühlens zu ermöglichen und zugleich zu limitieren. Weil uns im Verlauf der Sozialisation die Sprache in Fleisch und Blut übergeht, läßt sich die epistemische Macht für sich genommen nur schwer ausmachen. Und selbst im Kontakt mit anderen Sprachgemeinschaften bedarf es einer gewissen hermeneutischen Zurückhaltung, um die sprachgebundenen Grenzen des eigenen Wahrnehmens und Verstehens überhaupt wahrnehmen zu

können. Ich will dies an einem Beispiel erläutern: Die beiden Psychologen Morsbach und Tyler (1986; zit. nach Hansen, 1995, S. 101) präsentieren in ihrer Arbeit "A Japanese emotion: Amae" eine im Westen unbekannte Empfindung: Trotz ausführlicher Erläuterungen hat der westliche Leser erhebliche Schwierigkeiten, zu verstehen, worum es in diesem Text geht, denn er beschreibt etwas, das er nicht kennt. Westliche Sprachen besitzen keine Bezeichnung für dieses Gefühl Amae, und mehr noch: das Gefühl selbst ist Mitgliedern westlicher Gesellschaften fremd. In einem Japanisch-Englischen Lexikon findet sich folgende Definition für Amae: "behave like a spoiled child; play the baby to somebody; be coquettish, take advantage of another person's kindness". Die einzelnen Umschreibungen klingen für sich genommen zwar vertraut, doch bilden sie keine Einheit; und während sie aus einer westlichen Perspektive eher negativ besetzt sind, betrachtet der Japaner das oben beschriebene Verhalten und das damit einhergehende Empfinden nicht als charakterloses Einschmeicheln, sondern als Anzeichen von Würde und Loyalität. Trotz einer klaren Darstellung bleibt uns das Gefühl Amae verschlossen, und auch kognitiv fällt es uns schwer, uns einen Reim darauf zu machen. Für die Japaner wiederum, denen Amae eine Selbstverständlichkeit ist, muß es ein Rätsel bleiben, weshalb dieses Gefühl den Bewohnern der westlichen Hemisphäre so fremd und unzugänglich ist.

Was dieses Beispiel u. a. zeigt, ist, daß den Sprachbenutzern die unaufhebbare sprachlich gefilterte Relativität ihrer Wahrnehmungen und Empfindungen zunächst nicht transparent ist. Sie sehen die Dinge, nicht aber die Wörter, vermittelt derer diese Dinge überhaupt erst identifizierbar und benennbar werden. Insofern funktioniert die Sprache wie eine Brille auf der Nase, die eine scharfe Sicht auf den dahinterliegenden Wahrnehmungsraum ermöglicht, während sie selbst unsichtbar bleibt. Kurz: Man sieht die Sprache nicht, weil man mit ihr sieht.

Die Selbstvergessenheit der Sprache ist eine der Formen, in denen sich die Selbstverhüllung der Macht manifestiert. Macht will anerkannt und respektiert, aber sie will nicht als Macht erkannt werden. So betrachtet ist die Entdeckung der epistemischen Macht der Sprache ein wichtiger Beitrag zur Selbstaufklärung des Menschen über die Bedingungen und Zwänge, unter denen er lebt. Sicher hat die Formulierung des sprachlichen Relativitätsprinzips mit dazu beigetragen, daß wir heute anderen Sprachgemeinschaften und Kulturen im allgemeinen mit mehr Respekt und mehr Rücksicht begegnen als noch vor wenigen Generationen. Es ist ein Plädoyer dafür, fremden Kulturen ihre Fremdheit zu lassen, und insofern macht es – wie ich meine: berechtigterweise – mißtrauisch gegenüber dem unbedingten Verstehensanspruch, dem ja auch ein kolonialer Gestus eigen ist. Doch trotz dieser Vorzüge muß man sehen, daß die These von der erfahrungsregulierenden Macht der Sprache in mancher Hinsicht ergänzungs-, wenn nicht

korrekturbedürftig ist. Zum einen wird diese These fast ausschließlich auf unterschiedliche Ethnien bezogen. Das scheint mir eine unnötige Begrenzung, denn auch für unsere eigene Kultur läßt sich ja fragen, inwiefern verschiedene soziale Gruppen sich nicht nur in ihrer Sprache, sondern – verbunden damit – auch in ihren epistemischen Modellen, also in ihren "Weltsichten" (Humboldt) unterscheiden, ohne dies zu bemerken. Sprechen z. B. Jugendliche nur eine etwas andere Sprache als die Erwachsenen, oder verbirgt sich dahinter auch eine epistemische Differenz (was ja ggf. für Erzieher oder Therapeuten von einiger Bedeutung wäre)? Oder ein anderes Beispiel: Ist die Sprache, in der Psychotherapeuten über ihre Patienten sprechen, nichts weiter als eine notwendige Fachsprache (und insofern vergleichbar mit der Fachsprache der Weinkenner oder der Modelleisenbahnbauer), oder geht mit dieser Sprache eine besondere, womöglich für die Therapie selbst folgenreiche Weltsicht einher?

Die These von der epistemischen Macht der Sprache ist in meinen Augen aber noch an einem anderen Punkt ergänzungsbedürftig. Sie übergeht nämlich, daß auch diejenigen, die derselben Sprachgemeinschaft oder Sprachgruppe angehören, nicht umhin kommen, in jeder Situation des Sprachgebrauchs die Kategorien, in denen sie denken, wahrnehmen und sich ausdrücken, auszuwählen und aufeinander abzustimmen. Das Bewußtsein – und allgemein – das Innerpsychische einer anderen Person ist mir direkt prinzipiell unzugänglich, und das gilt auch dann, wenn der andere und ich die gleiche Sprache sprechen. Deswegen sind wir auf Kommunikation angewiesen, Kommunikation ist das Nadelöhr, durch das alles Innerpsychische hindurch muß, damit es in der Welt überhaupt relevant werden kann. Die These von der epistemischen Macht der Sprache leidet also aus meiner Sicht an einem kommunikativen Defizit.

Sprache fungiert mit ihren – kategorialen, aber auch grammatischen – Festlegungen als ein Regulator von Erfahrung und Erkenntnis; das stimmt schon. An ihr läßt sich insofern tatsächlich "der Ordnungswert der Macht" beobachten, wie der Soziologe Popitz (1992) das einmal genannt hat. Doch die Wirklichkeit, die mittels der sprachlichen Möglichkeiten generiert wird, ist kein bloßes Kopferzeugnis, nicht bloß eine "mental map". Meine Wirklichkeitskonstruktionen bedürfen immer der Abstimmung mit anderen und der Bestätigung durch andere, d. h. Wirklichkeit wird kommunikativ, im sozialen Miteinander hervorgebracht. Kurz, so wie es keine sprachunabhängige Erfahrung gibt, so gibt es keine kommunikationsunabhängige Sprache.

Mit dieser Zuspitzung auf Kommunikation bin ich beim dritten und letzten Abschnitt meines Beitrags angelangt, der "kommunikativen Macht des Wortes".

Die kommunikative Macht des Wortes

Die Rede von der kommunikativen Macht des Wortes bedeutet den Übergang von der Ebene der Sprache auf die Ebene Handlung. Nicht mehr die Sprache, sondern die mittels der Sprache ausgeführten Akte, also die Sprech-Akte, stehen jetzt im Zentrum. Auch dieser Übergang von der Sprache zum Handeln findet in der deutschen Sprache seinen symbolisch verdichteten Ausdruck – und zwar im Übergang vom "Wort" zur "Ant"- "Wort". Während das Wort eine elementare Einheit der Sprache darstellt, ist die Ant-Wort eine kommunikative Handlung, die im Zweifelsfall auch ohne Sprache auskommt: eine Frage läßt sich auch mit einem bloßen Kopfschütteln beantworten.

Kommunikation ist der Modus, in dem sich menschliche Sozialität realisiert. Von der Zuwendung zu einem Neugeborenen bis zum Abschied von einem Sterbenden, vom Lob für ein Kind bis zur Verurteilung eines Verbrechers, von der Liebeserklärung einer besonderen Person gegenüber bis zur haßerfüllten Beschimpfung einer ganzen sozialen Gruppe – immer geht es dabei um Kommunikation, und immer geht es dabei um mehr als den bloßen Austausch von Wörtern. Immer geht es dabei um Handlungen, die im oder für den anderen etwas bewirken sollen, sei es die Auslösung eines Gefühls, die Steigerung des Selbstbewußtseins, die Erfahrung einer Erniedrigung oder anderes.

Und da Psychotherapie in den meisten Fällen aus nichts anderem als aus einem Austausch von Wörtern – eben aus einem Gespräch – besteht, gilt auch, daß das psychotherapeutische Geschehen als ein Wechselwirkungsprozeß, als ein kommunikatives Hin und Her konzipiert werden muß. Mit einer solchen Forderung mag man bei psychotherapeutischen Praktikern Türen einrennen – oder auch nicht. Jedenfalls kommt in einer Erzählung des Psychotherapeuten Yalom (1999, S. 309) über die Behandlung einer depressiven Frau der Psychotherapeut erst zu einem recht späten Zeitpunkt zu der Einsicht: "Der therapeutische Akt, nicht das therapeutische Wort zählte!"

Welche Vorteile es mit sich bringt, wenn man das psychotherapeutische Geschehen in seinen kommunikativen Qualitäten beschreibt und untersucht, zeigt sich sogleich, wenn man sich wieder dem Thema Macht zuwendet. Macht, so hatte ich definiert, ist das Potential, anderen Akteuren den eigenen Willen aufzuzwingen. Dabei gründet sich dieses Potential seiner elementaren Form nach zunächst auf die Möglichkeit, aufgrund überlegener Körperstärke o. ä. andere zu verletzen, ihnen Dinge zu rauben, ihr Eigentum zu zerstören, sie herabzusetzen oder auszugrenzen. Dies ist, wie gesagt, die Elementarform der Macht; sie ist noch ganz auf Einzelaktionen konzentriert und darauf beschränkt, bei günstiger Gelegenheit Beute zu machen. Damit aber ist Macht von äußeren Umständen

abhängig, und es ist von daher nicht überraschend, daß im Lauf der menschlichen Evolution auch die Sozialformen der Macht eine Entwicklung durchlaufen.

Macht macht sich unabhängig von der Gelegenheitsstruktur, Macht wird auf Dauer gestellt. Wie aber wird Macht zu einer dauerhaften Einrichtung? Dazu Popitz (1992):

"Dauerhaft wird die Macht, weil bestimmte Aktionen – Strafen und Belohnen – zurückgenommen werden zu Drohungen und Versprechungen. Die Wirkung von Drohungen und Versprechungen ist über Zeit und Raum dehnbar."

Dies ist ein Punkt, dessen Bedeutung für ein Verständnis von Machtphänomenen gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann: Macht wird dauerhaft, indem sie zurückgenommen und auf Kommunikation umgestellt wird. An die Stelle einzelner Beutezüge, die aufwendig und risikoreich sind, tritt permanente Unterwerfung durch die kommunikativen Akte des Drohens und Versprechens.

Man sieht, daß an diesem Punkt die Macht beginnt, ihr wahres Gesicht zu verbergen. Und dieser Prozeß der Selbstverhüllung der Macht geht weiter, da ja zumindest dem Akt des Drohens seine Nähe zur Macht noch leicht angesehen werden kann. Deshalb bedurfte es noch eines anderen Mittels, um die Tarnung der Macht zu vervollkommen. Dieses Zaubermittel heißt: Anerkennung. Damit ist gemeint, daß sich Macht nun durch Anerkennung konstituiert, – durch die Anerkennung derjenigen, über die Macht ausgeübt wird und die in der Macht – je nach Epoche – eine göttliche Größe, einen königlichen Monarchen, einen übermenschlichen Herrscher, einen charismatischen Führer oder eine wissenschaftliche Autorität sehen und akzeptieren.

Die Begründung der Macht auf Anerkennung hat zur Konsequenz, daß die Macht sich gewissermaßen den Luxus erlauben kann, zur "waffenlosen" Macht zu werden. Weil er sich der Anerkennung sicher ist, kann derjenige, der die Macht hat und Autorität genießt, normalerweise auf den Einsatz von Drohungen, Sanktionen oder rabiaten Machtmitteln verzichten. Macht, die sich auf Anerkennung gründet, braucht sich nicht mehr aufzuplustern und mit Insignien der Stärke auszustatten; sie kann es sich leisten, diskret zu sein und ihre Unauffälligkeit zu pflegen. Die Macht hat es verstanden, sich mit den Mitteln der Kommunikation weitgehend unsichtbar zu machen.

Das soll nun natürlich nicht heißen, daß es gar nicht mehr möglich ist, auf Manifestationen der Macht zu treffen. Der Verzicht auf den Gebrauch autoritärer Machtmittel ist die eine Seite, die andere Seite ist, daß die Macht dann, wenn die Situation es erfordert, nicht davor zurückschreckt, auch grobe Mittel rigoros und entschlossen einzusetzen. D. h., man wird auch heute noch Fälle von unverhüllter Machtausübung und Machtdemonstration finden. Allerdings ist mit dem Einsatz

von Machtmitteln immer die Gefahr verbunden, daß darin gerade ein Mangel an Macht – nämlich ein Mangel an Anerkennung – gesehen wird. Dies zeigt sich eindrucksvoll an folgendem Beispiel:

Wenn man die kürzeste Verbindung von der Macht zum Wort zieht – gelangt man zum Macht-Wort. Das Machtwort ist eine besondere Gattung der autoritären Kommunikation und zeichnet sich v. a. durch den Zeitpunkt aus, in dem es gesprochen wird: es erfolgt in einer Situation, in der unregelmäßige, chaotische Prozesse dominieren. In einer solchen Situation sorgt das Machtwort für eine Zäsur, es beendet die Anarchie und führt das Geschehen auf geregelte Bahnen zurück. So weit, so gut. Nur ist das Mittel des Machtworts nicht beliebig einsetzbar, da sich bei häufigerem Einsatz seine Wirkung verflacht und die dahinterstehende Macht rasch ihre Anerkennungsbasis verliert. Außerdem gründet sich das Machtwort auf eine extern abgesicherte, nur latent gegenwärtige Machtposition, – die aber durch den Einsatz des Machtworts gerade geschwächt wird.

Gerade für unsere heutige Gesellschaft ist der innere Zusammenhang von Macht und Kommunikation von Bedeutung, da Macht sich mehr und mehr kommunikativ verkleidet. Anstatt von hier aus noch einmal eine Verbindung zur magischen und zur epistemischen Macht der Sprache herzustellen, sollen am Ende drei Thesen formuliert werden, die sich aus meinen Ausführungen für das psychotherapeutische Geschehen ableiten lassen.

- 1) Das psychotherapeutische Geschehen ist durch eine ungleiche Machtverteilung gekennzeichnet. Während der Therapeut eine institutionell, d. h. extern begründete Machtposition hat, kann der Patient Macht nur situativ, d. h. intern geltend machen.
- 2) Das psychotherapeutische Geschehen ist durch eine Egalitätsfiktion gekennzeichnet, weil der Therapeut weitgehend auf den Einsatz von Machtmitteln verzichtet. Dieser Verzicht auf den Gebrauch von Machtmitteln ist in zweifacher Hinsicht problematisch: Zum einen darf dieser Verzicht auf Machtmittel nicht mit Machtverzicht verwechselt werden. Zum anderen besteht die Möglichkeit, daß der therapeutische Verzicht auf den Einsatz von Machtmitteln von den Patienten gerade als Zeichen der Macht gedeutet wird.
- 3) Macht gründet sich heute wesentlich auf Anerkennung. Doch wer heute eine Macht über sich anerkennt, will seinerseits auch von der Macht besonders anerkannt werden. Anerkennung fließt also in beide Richtungen (Popitz 1992). Deshalb ist davon auszugehen, daß Anerkennungskämpfe für jedes psychotherapeutische Geschehen konstitutiv sind.

Literatur

- Arendt H (1970) Macht und Gewalt. Piper, München
- Hansen KP (1995) Kultur und Kulturwissenschaft. UTB, Tübingen Basel
- Morsbach, Tyler (1986) A Japanese Emotion: Amai. In: Harré (Hrsg) The social construction of emotions. New York, S 289-307
- Nietzsche F (1887/1980) Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift. In: Nietzsche F (Hrsg) Sämtliche Werke, Bd 5. de Gruyter, Berlin
- Paris R (1998) Das Machtwort. Merkur 596: 1083-1088
- Popitz H (1992) Phänomene der Macht. Tübingen
- Schneider W (1976) Wörter machen Leute – Magie und Macht der Sprache. Piper, München
- Sofsky W, Paris R (1994) Figurationen sozialer Macht: Autorität – Stellvertretung – Koalition. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Whorf BL (1963) Sprache, Denken, Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Rowohlt, Reinbek
- Yalom ID (1999) Die Liebe und ihr Henker & andere Geschichten aus der Psychotherapie. UTB, München

Macht im Spannungsfeld zwischen Kompetenz und Gewalt

Carola Meier-Seethaler

Es ist meine Aufgabe, unser Rahmenthema "Macht und Abhängigkeit in der Psychotherapie" in einen größeren, gesellschaftlichen Rahmen zu stellen. Ich möchte diese schwierige Aufgabe aus einer sowohl kulturkritischen als auch wissenschaftskritischen Perspektive her angehen und als Leitwort einen Satz von Horst Eberhard Richter voranstellen: "Die Menschlichkeit entweicht in die Machtlosigkeit und in den Zentren der Macht schwindet die Menschlichkeit."

An diesem Satz wird die ganze Ambivalenz des Machtbegriffs deutlich, gewissermaßen sein Janusgesicht mit einerseits positiven und andererseits negativen Konnotationen. Das wiederholt sich, wenn wir uns die klassischen Definitionen von Macht bei Historikern, Soziologen und Philosophen ansehen. Bekanntlich sprach Jakob Burckhardt (1905) von der Macht als einem schlechthin bösen Prinzip, während sich die Lebensphilosophie auf die positive Macht des *Elan vitale* berief. Als Historiker mißtraute Burckhardt der Macht mit großem Recht, denn die Weltgeschichte liest sich wie das Protokoll fortwährender Gewaltexzesse. Daß dies auch an der Art der Geschichtsschreibung liegt, war Burckhardt wohl noch nicht bewußt, aber er maß, im Unterschied zu manchen seiner Kollegen, die Geschichte der Völker nicht nur an ihrer Machtentfaltung, sondern auch an ihrer Menschlichkeit. Auch Max Weber (1919) definierte Macht als das Vermögen, ein Ziel gegen den Widerstand anderer durchzusetzen, und dies gibt der Macht wiederum die Färbung von Gewalt. Schon von ihrem Wortstamm her hat aber Macht noch eine andere Bedeutung. Im Althochdeutschen leitet es sich von "machen" im Sinne von "können" ab, und dies im Unterschied zum Wort "giwalt" mit der Bedeutung von Zwang und roher Kraft.

Im Lateinischen hingegen bestehen beide Bedeutungen im Wort "potentia" nebeneinander. Es steht einerseits für Vermögen, Kraft, Wirksamkeit, was sich in unserem Begriff Potenz erhalten hat, und gleichzeitig für Gewalt und politische Oberherrschaft. Noch ohne auf diese offensichtliche Vermischung einzugehen, ist zunächst eine zweifache Bedeutung des Machtbegriffs festzuhalten, die durch den jeweiligen Gegensatzbegriff noch an Profil gewinnt:

Auf der einen Seite der negativ besetzte Begriff Gewalt mit seinem positiven Gegenbegriff Gewaltlosigkeit, auf der anderen Seite der Machtbegriff mit den positiven Assoziationen von Kraft, Potenz und dem negativ besetzten Gegenbegriff der "Ohnmacht".

Wie es zur Vermischung dieser ganz verschiedenen Vorstellungen kam, dafür könnte uns das zweite lateinische Wort für Macht einen Hinweis geben: nämlich "vis". Vis trägt seinerseits zwei Bedeutungen: Streitmacht, Waffengewalt und gleichzeitig Manneskraft im Sinn von Zeugungskraft und von Vergewaltigung. In der Überzeugung, daß die Wortgeschichte auch die Kulturgeschichte spiegelt, bringe ich die Betonung von aggressiver Männlichkeit im Begriff der Macht mit der Errichtung des Patriarchats in Zusammenhang. Historisch faßbar wird dieser Prozeß zwischen dem 3. und 2. Jahrtausend vor unserer Zeitrechnung mit dem Einfall der Indoeuropäer in Vorderasien und im Mittelmeerraum. Ihre Eroberungszüge führten nicht nur zur Versklavung der autochtonen Bevölkerung, sondern auch zur Umwandlung der gesamten Gesellschaftsstruktur. Es ist heute historisch nachvollziehbar, daß sich patriarchale Staats- und Familienstrukturen erst allmählich herausbildeten und dabei ältere Kulturen überlagerten, die weniger hierarchisch und wesentlich frauenfreundlicher organisiert waren (Lerner 1986). Das spiegelt sich nicht nur in der Rechtsgeschichte Mesopotamiens, sondern auch in der Mythologie dieser und anderer antiker Hochkulturen.

Die Machtergreifung des himmlischen Pantheons durch männliche Hochgötter läuft der irdischen Etablierung des Patriarchats parallel. Auch in der Mythologie spielt sich der Szenenwechsel gewaltsam ab, und auf beiden Ebenen zeigt sich, daß die destruktiven Gewaltaspekte, psychodynamisch gesehen, mit Überkompensation zu tun haben (Meier-Seethaler 1993).

Am offensichtlichsten ist dies, wenn wir bedenken, daß die neuen Herrenschichten zahlenmäßig den Beherrschten weit unterlegen waren im alten Sparta lag das Verhältnis 1:7. Dieses Mißverhältnis war nur durch die ständige Androhung von Gewalt auszugleichen wie durch die prophylaktischen Strafrituale der Spartiaten gegenüber den Unterworfenen. Im übrigen zeigt die Frühgeschichte Griechenlands und die Mesopotamiens mit aller Deutlichkeit, daß Kriege sehr viel weniger aus Not als aus dem männlichen Bedürfnis nach heldischer Selbstbestätigung entstanden sind. Und leider gilt dies, wie wir es gerade jetzt wieder erleben, bis heute.

Ähnlich, wenn auch komplizierter, liegen die Dinge beim Gewaltverhältnis zwischen den Geschlechtern. Die überlegene Muskelkraft des männlichen Geschlechts ist kein hinreichender Grund für die systematische Unterdrückung der Frau. Daß auch hier Überkompensation im Spiel war, läßt sich vielleicht an einem mittelassyrischen Gesetz vom 2. Jahrtausend v. Chr. ablesen, das die Abtreibung der Leibesfrucht unter Todesstrafe stellt und zwar in ihrer grausamsten

Form, die sonst nur noch dem Landesverräter galt. Es ist naheliegend, dahinter die Kompensation für eine unsichere Position gegenüber der generativen Lebensmacht der Frau zu sehen.

Im olympischen Götterhimmel nimmt dieser Aspekt phantastische Formen an wie in der Geschichte vom Göttervater Zeus, der die schwangere Weisheitsgöttin Metis verschlingt und dann Athene aus seinem Haupt gebiert. Oder in der Gestalt Pandoras, der, wörtlich, Allgebenden, die von Hesiod als Quelle allen Übels denunziert wird. Und dieses Übel entströmt ausgerechnet ihrer sogenannten Büchse, die, wie andere Gefäße, die Fruchtbarkeit der alten Göttinnen symbolisiert, aber auch den Todesschoß, in den das Leben zurückkehrt. Offenbar machte dieses Numinosum den Männern Angst und erregte zugleich ihren Neid, so daß das Privileg in eine Plage umgedeutet wird (Reeder 1996).

Für die abendländische Geistesgeschichte von entscheidender Bedeutung war es dann, daß die griechischen Philosophen das mythologische Deutungsmuster übernahmen. Pythagoras stellt bei seinen berühmten Gegensatzpaaren das Chaos, die Finsternis, das Böse und das Weibliche in eine Reihe und im Gegensatz dazu das Männliche auf die Seite des Kosmos, des Lichts und des Guten. Bekanntlich drückt auch Aristoteles seine beiden Seinsprinzipien in sexistischen Begriffen aus: Die männlich-kreative Kraft gibt der passiv-weiblichen Materie erst ihre lebendige Form.

Dies alles könnten wir vergessen, wenn nicht die Selbsterhöhung des Männlichen durch seine Identifikation mit dem Geistig-Kreativen bis heute in unseren philosophischen, naturwissenschaftlichen und gesellschaftlichen Paradigmen weiterleben würde. Sie lebt weiter in der Spaltung zwischen Geist und Materie bei Descartes, zwischen Geist und Leben bzw. Geist und Natur bei Bacon, und auch im sog. komplementären Geschlechtermodell. Vor allem besteht ein enger Zusammenhang zwischen diesen Paradigmen und der Rechtfertigung von Herrschaft, handle es sich um die Beherrschung der Natur, die Herrschaft des Rationalen über das Sinnlich-Emotionale oder die Bevormundung des weiblichen Geschlechts. Dabei waren die Argumente zugunsten von struktureller Gewalt einander immer sehr ähnlich: Autoritäre Staats- und Familienformen rechtfertigen sich damit, daß die Gesellschaft ohne ihr Regiment ins Chaos versinken würde, und autoritäre Erziehung oder Betriebsführung berufen sich darauf, daß nur die hierarchische Ordnung Disziplin und Leistung garantiere. Bevor ich aber auf politische Aspekte zu sprechen komme, sei das Machtproblem von seiner anderen Seite her aufgerollt, vom positiven Gegensatz zur Ohnmacht aus. Ich fasse die positiven Aspekte der Macht unter dem Begriff der Kompetenz zusammen und verstehe darunter sowohl sachliche als auch soziale Kompetenz sowie den zunächst vagen Begriff der natürlichen Autorität.

Schon vorweg ist zu sagen, daß nicht nur das Machtgefälle, sondern auch jedes Kompetenzgefälle vor ungerechtfertigter Machtausübung nicht gefeit ist, weil ein spezifischer Kompetenzvorsprung auch die Gefahr des Kompetenzmißbrauchs in sich birgt. Dennoch ist in all jenen Beziehungen ein Kompetenzvorsprung vonnöten, die von der Sache her nicht reziprok sein können: Eltern müssen mehr Kompetenz haben als Kinder, Lehrende mehr als Lernende, Fachpersonen auf einem bestimmten Gebiet mehr als Laien auf diesem Feld. Auch die sog. antiautoritäre Erziehung war ursprünglich nicht so gemeint, als sollten Erzieher ihre Kompetenz und damit auch ihre Verantwortung verleugnen. Im Gegenteil: Nur den wirklich Kompetenten gelingt es, ihre Aufgabe auch ohne autoritäres Gebaren wahrzunehmen und sich dennoch die Achtung von seiten der Abhängigen zu erwerben. Umgekehrt wissen wir aus Erfahrung, daß gerade diejenigen, denen es an Kompetenz und natürlicher Autorität fehlt, sich am heftigsten an autoritäre Strukturen klammern.

Was macht nun die sog. natürliche Autorität aus? Zum einen sind es bestimmte Gaben wie Vitalität, Intelligenz und rasche Reaktionsfähigkeit, welche sie begünstigen. Dazu kommen Kenntnisse, Erfahrung und ein einigermaßen ausgeglichenes Selbstvertrauen. Um aber das zu vermitteln, was wir Ausstrahlung nennen, braucht es soziale Fähigkeiten wie Einfühlung, Takt und Herzlichkeit und nicht zuletzt Überzeugungskraft, die in moralischer Integrität wurzelt. Soziale und moralische Kompetenz zeichnen sich durch ihren selbstverständlichen Respekt vor der Kompetenz auch der Schwächeren aus: vor deren Urteils- und Entscheidungsfähigkeit und deren spezifischen Fähigkeiten. Das vermindert bei den Abhängigen das Gefühl der Abhängigkeit und verhindert Ohnmachtsgefühle.

Wenn wir nach den Hintergründen von Kompetenzüberschreitung bzw. von Kompetenzmißbrauch fragen, so sind diese außerordentlich vielschichtig. Einen davon bilden überhöhte Berufs- und Elternideale. Übernommene Autoritätsvorstellungen suggerieren uns die Pflicht, als Lehrer allwissend zu sein, als Heilende immer die therapeutische Lösung zu bieten und als Eltern für alles ein Patentrezept zu haben. Das führt zur Selbstüberforderung und zur Furcht, Schwachpunkte einzugestehen oder andere Personen für die Problembewältigung einzuschalten.

Verwandt damit sind Paternalismus oder Maternalismus. Hier wird teils aus Selbstüberschätzung, teils auch aus Überbesorgtheit die Kompetenz der Schutzbefohlenen unterschätzt. Mit der Folge, zu viele Anweisungen zu geben, zu viele Befürchtungen zu äußern und zu wenig auf die Eigeninitiative der Betreuten zu vertrauen. Die Gefahr eines eigentlichen Kompetenzmißbrauchs liegt immer dann nahe, wenn der oder die Kompetenzträgerin von dem unbewußten Wunsch geleitet wird, andere in Abhängigkeit zu halten. So selbstverständlich es ist, daß

kompetente Wissensvermittlung, Beratung oder Therapie uns von der Sache her befriedigen und auch die eigene Selbsteinschätzung bestärken, so kann sich diese Konstellation bekanntlich auch zum Helfersyndrom steigern. Man ist dann abhängig von der Abhängigkeit anderer und verliert ohne Hilfesuchende ein Stück der eigenen Identität. Ich vermute, daß auch erotisch-sexuelle Übergriffe z. T. diesem Syndrom zugehören, wenn es auch noch unschönere Motive für einen solchen Kompetenzmißbrauch gibt.

Die Kehrseite dieser Identitätsfixierung ist das Bedürfnis nach Autonomie verbunden mit der Vorstellung, selbst keine Hilfe nötig zu haben. Beides kann durchaus in der gleichen Persönlichkeit auftreten, und beidemal handelt es sich um eine Grenzverwischung zwischen Macht und Abhängigkeit. Daß auch Abhängigkeit ein nicht aufzuhebender Teil der *conditio humana* ist, geht schon aus dem Schutzbedürfnis in der langen Phase der menschlichen Kindheit hervor. Darüber hinaus bedarf es der Akzeptanz der existentiellen Gegebenheit, daß wir auf Beziehungen angelegt und auch als Ebenbürtige aufeinander angewiesen sind und nur aneinander wachsen können.

Warum aber hat dann Abhängigkeit einen so schlechten, und Unabhängigkeit einen so guten Ruf? In der Psychologie ist ja seit langem enorm viel von Autonomie die Rede: von Ablösung vom Elternhaus, von autonomer Moralentwicklung, von Autonomie in der Partnerschaft " und dies zu einem guten Teil mit Recht. Es ist aber nicht zu übersehen, daß ein Teil der Schwierigkeiten, die wir mit einem angemessenen Gleichgewicht zwischen Autonomie und Abhängigkeit haben, auf einem androzentrisch geprägten Autonomieverständnis beruht. Sowohl die feministische Kulturkritik als auch die feministische Analyse der ersten Objektbeziehungen sprechen von einem eigentlichen Autonomiekomplex des Mannes.

Auf kollektiver Ebene hatte sich das patriarchale Bewußtsein die Autonomie gegenüber der numinosen Macht des Weiblichen dadurch erkämpft, daß es die weiblichen Produktionskräfte abwertete. Aber solange die Frauen die Kinder nicht nur zur Welt bringen, sondern als Mütter während der entscheidenden Entwicklungsjahre praktisch allein für sie verantwortlich sind, wiederholt sich das Drama der männlichen Identitätsfindung in jeder Generation aufs Neue. Mit der Schrumpfung der Großfamilie zur heutigen Kleinfamilie hat sich der Stellenwert der Mutter-Imago für das erwachende Bewußtsein der Kinder sogar noch erhöht.

Chodorw (1985), Dinnerstein (1979) und andere beschrieben die Auswirkungen dieser Konstellation als grundverschiedene psychische Startbedingungen für die Geschlechter. Wenn beide ihre erste, emotionale Identifikation an der Mutter aufbauen, so muß sich der Knabe, sobald er sich seines Geschlechts bewußt wird, auf doppelte Weise von der Mutter lösen: Er muß nicht nur selbständig und erwachsen, sondern ein ganz anderer Erwachsener als die Mutter werden. Das gilt

zwar heute z. T. auch für das heranwachsende Mädchen, wenn es die traditionelle Frauenrolle der Mutter nicht akzeptiert, aber den Knaben trifft es noch zentraler: Am Beginn seiner Selbstfindung steht das emotional verunsichernde Erlebnis, aus der Identität der ersten Liebesbeziehung herauszufallen. Und da er sich mit dem mehrheitlich abwesenden Vater emotional viel weniger identifizieren kann, verliert er gewissermaßen den emotionalen Boden unter den Füßen. Dies kann er nur wettmachen durch forciertes Autonomiestreben und jenes künstliche Überlegenheitsgefühl, das ihm die patriarchale Mitwelt suggeriert. Charakteristisch für den männlichen Autonomiekomplex ist gerade die Zerrissenheit zwischen Autonomiebedürfnis und uneingestandenem Abhängigkeitswunsch, was zu einer Art Ich-Panzerung und zur herablassenden Geringschätzung des anderen Geschlechts führt.

Demgegenüber bleibt das heranwachsende Mädchen emotional stabiler, jedenfalls wenn seine Mutterbeziehung nicht von Grund auf mißlang. Dann aber wird ihm schon während der Schulzeit ein kollektives Minderwertigkeitsgefühl suggeriert, weil sich die Art der Wissensvermittlung viel stärker an den Interessen der Knaben orientiert und die Paradigmen der Wissenschaft selbst androzentrisch konstruiert sind. Im Gegensatz zum Autonomiekomplex des Knaben entwickelt das Mädchen einen Komplex in Richtung Abhängigkeit: Abhängigkeit vom Urteil und der Zuneigung anderer, die es sich oft genug durch aufopfernde Fürsorgeleistungen und Rücksichtnahme erkauft.

Den Ausweg aus diesen geschlechtsspezifischen Sackgassen sieht die feministische Psychoanalyse in der Behebung des primären Ungleichgewichts, d. h. in der gleichgewichtigen Elternschaft. Nur wenn sich Väter vom ersten Lebenstag der Kinder an die Betreuungsaufgaben mit den Müttern teilen, besteht die Chance, die Startbedingungen für die Identitätsfindung beider Geschlechter einander anzunähern. Erst dann wird die männliche Macht- und Selbstverwirklichung nicht mehr auf Kosten von männlicher Liebesfähigkeit und die Ausbildung weiblich-mitmenschlicher Tugenden nicht mehr auf Kosten weiblicher Persönlichkeitsentwicklung gehen. Jedenfalls nützen alle Appelle und Schuldzuweisungen an die Mütter, sie sollen ihre Söhne und Töchter loslassen, so lange nichts, als es die Väter versäumen, neben der Mutter-Imago eine emotional besetzte Vater-Imago am Fixsternhimmel des aufdämmernden Bewußtseins zu befestigen.

Daraus ergibt sich zwangsläufig die politische Forderung nach einer neuen, reziproken Arbeitsteilung. Erst sie würde die Emanzipation beider Geschlechter aus ihren Rollenklischees ermöglichen und den Frauen den vollen Eintritt in die Welt der Politik und der Wissenschaft gestatten, in der allerdings noch immer die Männer die Definitionsmacht besitzen. Dieses Stichwort führt uns zum Machtproblem in der Wissenschaft. Seit mehr als drei Jahrzehnten beschäftigt sich die

feministische Wissenschaftskritik mit den androzentrischen Paradigmen der Wissenschaft und stellt damit deren unparteilichen Objektivitätsanspruch in Frage. Dazu greift sie die Grundlagen der modernen Naturwissenschaft auf, die für alle übrigen Wissenschaften zum Leitbild geworden sind. Seit Bacon zeichnen sich drei methodische Leitlinien ab: Erstens: Wissen ist Macht. Zweitens: Die geistige Einstellung des Forschers ist objektiv-rational und klammert alle subjektiv-emotionalen Faktoren aus. Drittens: Wissen kann sich nur auf quantitative, d. h. berechenbare Daten stützen.

Am offensichtlichsten hat das erste Paradigma mit unserem Thema zu tun. Mit der Gleichsetzung von Wissen und Macht definiert Bacon das Ziel der Wissenschaft als konsequente Herrschaft über die Natur. Und zwar nicht nur im Sinne der Unabhängigkeit von den Launen der Natur, sondern als Verfügungsmacht über ihre innersten Geheimnisse, die es ermöglichen wird, die Werke der Natur zu perfektionieren und schließlich zu übertreffen. Schon Bacon träumte von raffiniertesten Maschinen und von künstlich veränderten Lebewesen, die alles Bisherige in den Schatten stellen würden. Bekanntlich bediente er sich dabei einer ausgesprochen sexistischen Ausdrucksweise, wenn er die kontemplative, beschreibende Wissenschaft vor ihm "weibisch" schilt, während er die Träger der Zukunftswissenschaft als Helden und "Supermen" sieht, die sich die Natur wie eine Sklavin untertan machen. Daß auch die zweite Forderung, diejenige nach strikter Subjekt-Objekt-Trennung einer typisch männlichen Sozialisation entspricht, erschließt sich erst der tiefenpsychologischen Analyse. Hier hat Keller (1986, 1998) Pionierarbeit geleistet, indem sie die kühle Sachlichkeit, die mit der Subjekt-Objekt-Trennung gefordert wird, in Zusammenhang mit der männlichen Angst vor der Nähe bzw. mit dem früh erworbenen Distanzzwang in Verbindung brachte. Männlich-sachliches Denken unter Ausklammerung der eigenen Gefühle erlaubt es, sich auf das Gegenüber nicht einlassen zu müssen. Keller (1986) spricht von einer "emotionalen Substruktur" der Wissenschaft, in der sich der männliche Autonomiekomplex und, damit zusammenhängend, das Bedürfnis nach Macht über den Gegenstand verbirgt. Gleichzeitig nennt sie die Perspektive der Naturwissenschaft "objektivistisch", wodurch das authentische Erfassen der Wirklichkeit gerade dadurch verfehlt werde, daß die Eigenaktivität lebendiger Wesen unberücksichtigt bleibt. Dieses mechanistische Naturverständnis hängt unmittelbar mit dem dritten Paradigma zusammen, wonach nur quantitative, d. h. meßbare und berechenbare Daten für das exakte Wissen zugelassen sind. Aus der Verbannung der qualitativen Faktoren und damit auch der emotionalen Einfühlung in den sog. Forschungsgegenstand, ergaben sich folgenschwere Konsequenzen für die Humanwissenschaften, besonders für die Medizin, die Psychiatrie und die Psychologie, wie wir alle wissen. Denn ihre Gegenstände sind gerade nicht objektivierbar, sondern ein Gegenüber, dem wir nur gerecht

werden, wenn zur Fachkompetenz die subjektive Kommunikationsfähigkeit hinzutritt. Mit der Ausklammerung des Emotionalen aus den "harten" Wissenschaften hängt aber auch die Proklamation einer "wertfreien" Wissenschaft zusammen, die zumindest mit einer partiellen Wertblindheit bezahlt wird, weil Werte nie ausschließlich rational erfassbar sind.

Dabei gibt es kaum einen Begriff, der mit größeren Mißverständnissen behaftet ist als den von der Wertfreiheit der Wissenschaft. Max Weber, der ihn prägte, forderte speziell für die Soziologie, fremde Kulturen nicht an den eigenen Wertmaßstäben zu messen, sondern sie möglichst unbefangen von deren Wertvorstellungen her zu verstehen. Zudem betont er, daß Tatsachenwissenschaften selbst keine Werte hervorbringen können, weil diese aus ganz anderen Quellen stammen. Keineswegs aber setzte er Wertfreiheit mit der Verantwortungsfreiheit der Wissenschaft gleich (Meier-Seethaler 1997).

Hatte sich die Aufklärung die Unabhängigkeit der Wissenschaft aus der Bevormundung der Kirche erkämpft, so besteht heute die vergleichbare Gefahr, daß die Macht der Wirtschaft ihre profitversprechenden Zielvorgaben der Wissenschaft aufdrängt. Dabei greift das Argument, Sponsoring durch die interessierte Industrie sei unbedenklich, weil sich Grundlagenwissenschaften gar nicht steuern ließen, m. E. zu kurz. Es übersieht, daß sich auch für den oder die Grundlagenforscherin jeweils verschiedene Paradigmen anbieten, in deren Rahmen sie die Forschung vorantreiben können, und daß die Freiheit der Wissenschaft bereits gefährdet ist, wenn ein bestimmtes Paradigma von außen bevorzugt gefördert wird.

Aber selbst vorausgesetzt, Wissenschaft wäre völlig unabhängig von außen und folge nur ihrer unbefangenen Neugierde, so ist sie heute mit den technischen Anwendungen so untrennbar verkoppelt, daß sie damit die Weichen für die Lebensbedingungen von uns allen und für die künftiger Generationen stellt. Das heißt, der Kompetenzvorsprung einer kleinen Elite, wie sie die scientific community darstellt, kann zu Kompetenzüberschreitungen von nie gekanntem Ausmaß führen. Tatsächlich werden wir bei der Neuentwicklung von Spitzentechnologien gar nicht gefragt, ob wir sie wünschenswert finden. Etwa ob wir gentechnisch veränderte Nahrungsmittel überhaupt brauchen und warum wir vorzügliche einheimische Sorten durch monopolisierte Produkte vertauschen sollten, die erst noch mit Risiken verbunden sind. Ähnliches gilt für die Automatisierung von Betriebsabläufen, die das Leben von Millionen von Menschen verändern. Weder die entlassenen Arbeiter noch die automatisch abgefertigten Kunden haben auch nur ein Wort bei solchen Fortschritten mitzureden.

Der sog. wertfreie wissenschaftliche Fortschritt greift aber noch viel tiefer in unser Leben ein. Im Widerspruch zu den Erfahrungen tausender von Generationen definiert die Spitzenmedizin den Tod nach dem Maßstab ihrer Zwecke

um. Dabei bringen die immer stärker forcierten Organtransplantationen die ganze Bevölkerung und deren politische Vertreter in Zugzwang. In aller Eile sollen Gesetze erlassen werden, die über den Prozeß unseres eigenen Todes und den unserer Angehörigen entscheiden (Hoff 1994).

Noch einen Schritt weiter geht die Wissenschaft zur Erforschung der künstlichen Intelligenz. Sie definiert nicht nur den Tod neu, sondern den ganzen Menschen und mit ihm das Leben überhaupt. Seit Jahrzehnten arbeiten Kybernetiker wie Marvin Minsky oder Hans Moravec daran, Roboter mit hochempfindlichen Sensoren zu schaffen, welche die Funktionen unserer Sinnesorgane übernehmen, und die als Verarbeitungszentrum einen Computer besitzen, der die Speicherkapazität unseres Gehirns weit übersteigt. Daß dieses Vorhaben nicht nur von wissenschaftlicher Neugierde geleitet ist, zeigt uns das erklärte Ziel, das die Forscher mit ihm verbinden: nämlich einen künstlichen Menschen zu schaffen, der sehr viel perfekter ist als sein natürliches Vorbild, und mit dem das postbiologische Zeitalter seinen Anfang nehmen soll. Moravec nennt diese Geschöpfe "mind children", Geistkinder, und beteuert, daß sie das Wesentliche einer Person, nämlich das in unseren Gehirnen ablaufende Muster enthalten, sofern dieses in einen Computer transformiert wird. Der Rest der Person, unser Leib, sei ohnehin bloß "Gelee". Befreit von den Schwächen des sterblichen Fleisches könne der künstliche Mensch originalgetreu kopiert und damit unsterblich werden.

Nach Minsky werde die heutige Menschenart vielleicht einmal froh sein, von den überlegenen Robotern noch als eine Art Haustiere gehalten zu werden, bevor sie dann, wie so viele Arten vor ihr, aussterben würde. Auch von dieser Spitzenwissenschaft werden wir Normalsterblichen nicht danach gefragt, ob wir mit dem Ziel unseres eigenen Aussterbens einverstanden sind. Und während Weizenbaum (1990), selbst bedeutender Computerforscher, als Jude von der "Endlösung der Menschfrage" spricht, scheinen sich die Befürworter einer solchen Zukunftsvision ihres Zynismus gar nicht bewußt zu sein.

Schon dies legt uns nahe, nach der "emotionalen Substruktur" dieser Wissenschaft zu fragen; und dabei ist uns nicht etwa ein Psychoanalytiker oder eine feministische Wissenschaftskritikerin mit der Antwort zuvorgekommen, sondern der eben genannte Weizenbaum. Mit Blick auf seine Kollegen meint Weizenbaum (1990), nur der männliche Gebärneid könne ein plausibles Motiv dafür abgeben, daß Forscher künstliche Kinder schaffen wollen, die perfekter sind als die aus der Frau geborenen. Aus meiner Sicht potenzieren sich bei diesem Vorhaben sämtliche Konstrukte der patriarchalen Philosophie und die darunterliegenden narzißtischen Kränkungen. Mit der Schöpfung von unsterblichen Geist-Kindern könnte sich das männliche Bewußtsein mit einem Schlag aus der Abhängigkeit von der Frau befreien: könnte seine Herkunft aus dem weiblichen

Schoß vergessen und zugleich die Kränkung, daß dieses ins Dasein geworfene Leben mit Leiden behaftet und sterblich ist. Daß dieser letzte männliche Autonomietraum eine Auflehnung gegen das Leben als solches bedeutet, das sich ja nur im ständigen Wandel von Werden und Vergehen manifestiert, macht ihn nur um so irrationaler.

Nach dieser weit gespannten Spurensuche zu den Wurzeln von Macht, Gewalt und Kompetenz sowie zu den Nahtstellen ihres Mißbrauchs kehre ich im letzten Teil meiner Ausführungen auf den heimischen Boden der Psychotherapie zurück, und zwar zur Individualpsychologie Alfred Adlers. Er war es ja, der die Begriffe des Minderwertigkeitsgefühls, der Kompensation und Überkompensation prägte und damit das Machtstreben als fundamentale Größe in die Psychoanalyse einführte. Zunächst scheint mir der Hinweis wichtig, daß Adler (1908) das natürliche Aggressionsstreben als vitale Durchsetzungskraft voraussetzt und als solche positiv bewertet. Im Gegensatz zu Freud sieht er in dieser Kraft aber nicht einen Primärtrieb, sondern eine Reaktion, oder, in seinen Worten, eine vitale Kompensation gegenüber von außen auferlegten Triebhemmungen. Mit anderen Worten: Mit Hilfe aggressiver Anstrengungen versuchen wir, unsere Triebwünsche gegen äußere Widerstände durchzusetzen. Ob diese Versuche zu schwach, angemessen oder überproportional ausfallen, ist eine Frage der psychischen Balance, die im Laufe der kindlichen Entwicklung gelingt oder mißlingt. Zentral für die Konzeption Adlers ist dann seine Behauptung, das Kind entwickle während und wegen seiner langen Hilflosigkeit zwangsläufig Minderwertigkeitsgefühle gegenüber den Erwachsenen. Und diese kompensiere es ebenso zwangsläufig mit Zukunftsvisionen von eigener Größe und Überlegenheit.

Daß dieses allgegenwärtige Minderwertigkeitsgefühl, von dem Adler (1920) spricht, und die daraus folgende Ich-Idealisierung sich um so stärker ausprägen, je mehr die primären Bezugspersonen das Kind seine Schwäche spüren lassen, liegt auf der Hand. Von seiner Konstitution hängt es dann ab, ob es den regressiven Weg der Flucht in die Krankheit oder den aggressiven Weg der Überkompensation wählt. Wobei Adler sehr deutlich sieht, daß eine wesentliche Form der männlichen Überkompensation in der Herabsetzung der Frau besteht.

Für den Ausgleich dieser Grundkonstellation ist nach Adler nur ein Kraut gewachsen: Eine einfühlsame Erziehung, die das Kind ernst nimmt und ihm zärtliche Anerkennung ebenso schenkt wie sie ihm den Respekt vor den Bedürfnissen der Gemeinschaft abfordert. Adler ist ja ein großer Verfechter des Gemeinschaftsgedankens und hält Zuneigung und Achtung sowie das teilnehmende Mitgefühl für ebenso grundlegende menschliche Anlagen wie das Bedürfnis nach Geltung und eigener Wirkungsmacht. Daraus ergibt sich, in unserer heutigen Terminologie, das Fazit: Nur die Ausbildung einer hohen Sozialkompetenz bewahrt Menschen vor neurotischem Größenwahn und vor Macht-

mißbrauch als Überkompensation. Wenn wir diese Erkenntnis auf den gegenwärtigen Zustand unserer Welt anwenden, müßte uns eigentlich der Atem stocken. Sind nicht das pausenlose Gerede über Wettbewerb, Standortvorteile und Gewinnmaximierung Symptome für Größenwahn und Erfolgswang? Sind die Glaubensbekenntnisse der kapitalistischen und neodarwinistischen Weltansicht Ausdruck einer kollektiven Kulturneurose? Tatsächlich ist die Macht, jedenfalls in ihrer anonymen Form als strukturelle Gewalt des Geldes, immer noch von einem stärkeren Tabu umgeben als die Sexualität oder die spirituelle Verwurzelung der Psyche. Und deshalb glaube ich, daß es kein Zufall ist, wenn die Individualpsychologie Adlers im Vergleich zu Freud oder Jung im öffentlichen Bewußtsein so viel weniger präsent ist.

Um aber noch einmal auf den Titel unseres Rahmenthemas zurückzukommen: Schon in der Gegenüberstellung von Macht und Abhängigkeit liegt gewissermaßen die Falle, in die wir in den verschiedensten Lebenssituationen geraten können. Denn Macht und Abhängigkeit sind keine sich ausschließenden Pole und schon gar nicht zwei Existenzweisen, die an verschiedene Menschen oder Menschengruppen delegiert werden könnten. Zwischen beiden die Balance zu halten, ist aber nur z. T. eine private Angelegenheit.

Es geht auch um eine gesellschaftlich ausgeglichene Abhängigkeits- und Machtbilanz und zwar zwischen den Geschlechtern ebenso wie zwischen den Generationen, innerhalb von Ausbildungsstätten und Betrieben und nicht zuletzt zwischen Wissenschaftsexperten und der breiten Bevölkerung. Hier entstehen der Politik bzw. der demokratischen Meinungsbildung ganz neue Aufgaben. Während sich aber bisher im politischen Diskurs stets wirtschaftliche Aspekte mit dem Anspruch von Naturnotwendigkeiten in den Vordergrund drängten, kommen seit kurzem kritische Stimmen aus den Reihen der Wirtschaftswissenschaftler selbst. Führende Köpfe wie Soros (1998) oder Thurow (1996) in den USA, Petrella (1997) in Belgien oder Binswanger (1985) in der Schweiz sprechen von den Grenzen des Wettbewerbs und decken falsche, z. T. irrationale Prämissen der ultraliberalen Marktideologie auf. Demgegenüber fordern sie eine neue Sicht der ökologischen und der menschlich-sozialen Dimension. Thurow (1996) sagt: "Wenn man den sozialen Aspekt der Menschheit ignoriert, so erwirft man eine Welt für eine Spezies Mensch, die es nicht gibt." Kürzer und besser kann man es nicht sagen, und mit diesem Lichtblick auf eine selbstkritische Wissenschaft möchte ich schließen.

Literatur

- Adler A (1908) Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Furtmiller C (Hrsg) Heilen und Bilden. Fischer, Frankfurt aM, 1973
- Adler A (1920) Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1965
- Binswanger H-Ch (1985) Geld und Magie. Weitbrecht, Stuttgart
- Binswanger H-Ch (1998) Die Glaubensgemeinschaft der Ökonomen. Gerling Akademie Verlag, München
- Burckhardt J (1905) Weltgeschichtliche Betrachtungen. Kröner, Leipzig, 1935
- Chodorow N (1985) Das Erbe der Mütter. Frauenoffensive, München
- Dinnerstein D (1979) Das Arrangement der Geschlechter. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart
- Fox-Keller E (1986) Liebe, Macht und Erkenntnis. Hanser, München
- Fox-Keller E (1998) Das Leben neu denken. Metaphern der Biologie im 20. Jahrhundert. Kunstmann, München
- Hoff J (1994) (Hg) Wann ist der Mensch tot?" Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Rowohlt, Reinbek
- Lerner G (1986) The creation of patriarchy. Oxford Univ Press (dtsh: Die Entstehung des Patriarchats. Campus, Frankfurt aM)
- Meier-Seethaler C (1993) Ursprünge und Befreiungen. Die sexistischen Wurzeln der Kultur. Fischer, Frankfurt aM
- Meier-Seethaler C (1997) Die Wertrationalität bei Max Weber. In: Meier-Seethaler, C (Hrsg) Gefühl und Urteilskraft. Ein Plädoyer für die emotionale Vernunft. Beck, München
- Petrella R (1997) Präsident der Gruppe von Lissabon, Grenzen des Wettbewerbs. Luchterhand, München
- Reeder ED (1996) Pandora. Ausstellungskatalog Antikenmuseum Basel. Walters Art Gallery, Baltimore Basel
- Soros G (1998) Die Krise des globalen Kapitalismus. A. Fest, Berlin
- Thurow LC (1996) Die Zukunft des Kapitalismus. Metropolitan, Düsseldorf München, S 407
- Weber M (1919) Politik als Beruf. Duncker & Humblot, München Leipzig
- Weizenbaum J (1990) Künstliche Intelligenz als Endlösung der Menschenfrage, Klagenfurter Beiträge zur Technikdiskussion, Heft 32 Interuniversitäres Forschungsinstitut, Klagenfurt

Der demographische Wandel und die Beziehungen zwischen Alt und Jung

Ursula Lehr

Wir leben in einer Zeit des demographischen Wandels. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter; immer mehr Ältere stehen immer weniger Jüngeren gegenüber. Dies hat sowohl vielfältige Wurzeln, die einmal für zunehmende Langlebigkeit und zum anderen für den Rückgang der Geburtenrate verantwortlich zu machen sind. Der demographische Wandel, die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur, hat aber auch vielfältige Konsequenzen, beeinflusst die Beziehung zwischen Jung und Alt bis hin zur Infragestellung der Generationensolidarität. Doch diesen demographischen Wandel dürfen wir nicht isoliert betrachten: Er ist eingebettet in eine spezifische wirtschaftliche Situation, die das Verhältnis Jung und Alt ebenso tangiert wie auch in eine Zeit des gesellschaftlichen Wandels, des Wandels in der Wertorientierung und der Lebensführung.

In einem ersten Abschnitt möchte ich unter fünf Aspekten Haupttrends des demographischen Wandels herausarbeiten, in einem zweiten die Beziehungen zwischen Jung und Alt im gesellschaftlichen und familiären Bereich näher beleuchten, in einem dritten Abschnitt schließlich die Frage "Generationenkonflikt oder Generationensolidarität?" stellen.

Demographische Trends

Erstens ist zu bemerken: Die *Lebenserwartung* ist enorm gestiegen und liegt heute in unserem Land bei 73 Jahren für den neugeborenen Jungen und bei 80 Jahren für das neugeborene Mädchen. Aber der 60jährige hat im Durchschnitt noch 21, die 60jährige noch 24 Jahre vor sich mehr als ein Viertel des Lebens! Welch lange Zeit, die die wenigsten in ihre Lebensplanung einbezogen hatten.

Zweitens: Wir leben in einem *alternden Volk*, einer graying world. Der Anteil der über 60jährigen (5 % um die Jahrhundertwende) liegt heute bei 21 %, wird in

8 Jahren auf 26 % steigen und im Jahr 2030 etwa bei 38 % liegen. Schon heute sind über 25 % aller Frauen älter als 60 Jahre, ca. 16 % aller Männer. Aber auch der Anteil der über 80-, 90- und 100jährigen steigt rapide; die Hochaltrigen sind die am stärksten zunehmende Bevölkerungsgruppe.

Schon heute lebt die Mehrheit der über 60jährigen in Entwicklungsländern. In Indien z. B. erwartet man zwischen 2000 und 2025 eine Zunahme der über 60jährigen von heute 65,2 Millionen auf dann 146,2 Millionen also mehr als eine Verdoppelung! In China leben heute etwa 134,5 Millionen über 60jährige; 2025 werden es 284 Millionen sein (also rund 3 1/2 mal so viele Bewohner wie ganz Deutschland als Senioren).

Hier hat sich ein großer Wandel vollzogen: 1950 gab es insgesamt 214 Millionen über 60jährige aus der ganzen Welt; davon lebten 44 % in Industrienationen und 56 % in den Entwicklungsländern. Für das Jahr 2025 werden weltweit 1,1 Milliarden Menschen über 60 auf der ganzen Welt erwartet, von denen nur 28 % in den industriellen Gesellschaften leben werden, 72 % in den Ländern der dritten Welt. Wir leben in einem alternden Volk. Dies ist einmal durch die zunehmende Langlebigkeit bedingt, zum anderen in den Industrienationen durch die abnehmende Geburtenraten. Deutschland nimmt in Europa (mit durchschnittlich 1,43 Kindern im gebärfähigen Alter) die drittletzte Stelle ein, gefolgt von dem "ach so kinderlieben" Italien und Spanien. Die stärkste Geburtenrate finden wir in Irland. Es gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen familienpolitischen Leistungen und Geburtenrate; lediglich als Tendenz wird deutlich, daß die Vereinbarkeit von Familie und Beruf das "ja" zum Kind erleichtert. Ansonsten bestimmt eine Vielzahl von Motiven die Bereitschaft zur Familiengründung. Zuverlässigere Möglichkeiten der Familienplanung wären hier ebenso zu nennen wie die Tatsache, daß eine instrumentelle Motivation (Kind als persönliche Altersvorsorge, als Arbeitskraft, als "Stammhalten") entfällt; daß in der Öffentlichkeit das Kind nur als "Kostenfaktor" und nicht als Bereicherung des persönlichen Lebens diskutiert wird, ist sicher auch wenig hilfreich. Schließlich führt die Forderung nach "ständiger mütterlicher Anwesenheit" zu manch einem Verzicht auf Kinder. Hinzukommen unsichere Lebensumstände in bezug auf die Wohnsituation, auf fehlende Kinderbetreuungseinrichtungen; Kinder werden – von einigen Männern – als Störfaktor bei der Freizeit- und Urlaubsplanung empfunden. Weiterhin haben wir ein gestiegenes Heiratsalter (bedingt durch bessere Berufsausbildung und gesellschaftliche Akzeptanz des Zusammenlebens ohne Trauschein) und damit schon eine Reduzierung möglicher Geburtenzahlen. Ganz besonders aber dürfte hier die verlängerte Jugendzeit, das lange Single-Leben verantwortlich zu machen sein, das Individualität fördert, Eigenarten, Eigenheiten ausprägt und zur Entwicklung spezifischer Lebensstile führt, die eine Anpassung schon an einen Partner, erst recht aber an Kinder erschweren. Diese Entwicklung

läßt sich nicht zurückdrehen und so werden wir auch in der Zukunft mit niedrigen Geburtenzahlen rechnen müssen.

Drittens: Das *Verhältnis der Generationen* hat sich verändert. Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75jährigen noch 79 Jüngere, so sind es heute 12 und werden im Jahr 2040 nur sechs bis sieben sein. Wir haben einen Rückgang der 3- und 2-Generationen-Haushalte und eine Zunahme der 1-Generationen- und 1-Personen-Haushalte. Etwa 35 % aller 34 Millionen Haushalte in der Bundesrepublik sind 1-Personen-Haushalte. In der Gruppe der 65-70jährigen leben 35 % der Frauen und 11 % der Männer in 1-Personen-Haushalten; in jener der 70-75jährigen sind es sogar 51 % der Frauen und 13 % der Männer und bei den über 75jährigen leben 68 % der Frauen und 26 % der Männer in einem 1-Personen-Haushalt. In den Städten kommen 1-Personen-Haushalte weit häufiger vor als in ländlichen Gegenden.

Wenn man auch das Leben in einem 1-Personen-Haushalt keinesfalls mit Einsamkeit oder gar Bindungslosigkeit gleichsetzen darf (wie das fälschlicherweise in den Medien oft geschieht) und die meisten Älteren auch mit ihrem 1-Personen-Haushalt sehr zufrieden sind, so ergeben sich doch Probleme, wenn einmal Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von fremder Hilfe eintritt. Wir haben einen Rückgang der Haushaltsgrößen, aber gleichzeitig eine Zunahme der 3- und 4-, manchmal sogar 5-Generationen-Familien. Rund 20 % aller über 60jährigen haben Urenkel; rund 20 % haben aber auch noch lebende Eltern. In unserer interdisziplinären Studie über das Erwachsenenalter und Alter (ILSE) hatten die Mittsechziger (Jahrgang 1930/32) noch zu 36 % lebende Eltern(teile); 18 %, also die Hälfte davon, sogar lebende Eltern und Schwiegereltern. Hier zeigt sich die Großelterngeneration als "sandwich-generation", die sowohl für Kinder und Enkelkinder als auch für die eigenen Eltern zu sorgen hat. "Oft zeigt sich in den Lebensgeschichten eine Entwicklung vom child-caring zum parent-caring", ein Gefühl der Abhängigkeit von hilfsbedürftigen Eltern in einem Entwicklungsstadium, in dem man eigentlich noch "den Rest seines Lebens" genießen möchte.

Viertens: Der 3-Generationen-Vertrag ist zu einem 5-Generationen-Vertrag geworden und belastet die Beziehung zwischen Jung und Alt. Wir werden älter, sind gesünder als es unsere Eltern und Großeltern waren und arbeiten weniger (statt von 15-75 Jahre nur von 25-58 Jahre; statt 60 Wochenstunden oder 48, 45, 40 Wochenstunden nur noch 38,5 oder bald 35 Wochenstunden,- statt einer 7- oder 6-Tageweche nur noch eine 4 1/2-Tage-Woche, statt 12 Tage Ferien im Jahr haben wir heute 30 Tage Ferien). Diese 25-58jährigen haben schon heute für zwei Generationen in der Ausbildung und für zwei Generationen im Rentenalter aufzukommen. Langlebigkeit verpflichtet, verpflichtet uns Ältere, nicht alles auf die "mittlere Generation" abzuwälzen. Langlebigkeit verpflichtet uns aber auch zu einem "gesunden Altern".

Fünftens: Altern muß nicht Pflegebedürftigkeit bedeuten. Bei den 60-85jährigen liegt der Anteil der Pflegebedürftigkeit bei 5-8 %; erst in der Gruppe der über 85jährigen sind rund 25 % hilfs- und pflegebedürftig. Das heißt aber, daß immer noch über 70 % der Hochaltrigen den Alltag kompetent meistern kann.

Vielfach wird der Fehler gemacht, daß man von dem Anteil der bisher Pflegebedürftigen für die Zukunft einfach hochrechnet: die über 85jährigen nehmen zu, also wird auch der Anteil der Pflegebedürftigkeit steigen. Hier ist Vorsicht geboten. Viele Studien zeigen, daß man sich bei solchen Hochrechnungen hinsichtlich des Anteils der Pflegebedürftigen meist überschätzt. So heißt es beispielsweise in dem im letzten Jahr herausgegebenen Forschungsbericht des Interfakultären Zentrums für Gerontologie in Genf: Die Gesundheit der älteren Bevölkerung zeigt von 1979 bis 1994 markante Verbesserungen. Ebenso hat im letzten Jahr Manton von der Duke-Universität in Durham, NC, festgestellt: Senioren bleiben länger gesund. In 1996 lag in den USA die Zahl der abhängigen, hilfsbedürftigen Senioren eine Million niedriger als man es 1982 vorausgeschätzt hatte. Zweifelsohne tragen dazu die Fortschritte der Medizin in Diagnose und Therapie bei, aber auch der gesundheitsbewußtere Lebensstil im Hinblick auf die Notwendigkeit körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung.

Gesundes Altwerden ist eine lebenslange Aufgabe – eine Aufgabe, die in frühester Kindheit (eigentlich schon in der Schwangerschaft) beginnt, ist eine Aufgabe für das Schulkind, den Jugendlichen, den jungen Erwachsenen.

Familienpflege hat ihre Grenze

Dennoch, auch wenn der Anteil der Pflegebedürftigen nicht in diesem erwarteten Maß steigen wird, kommen auf unsere Gesellschaft erhebliche Herausforderungen zu. Werden heute noch rund 75 % der Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen versorgt, so muß man prognostizieren, daß diese Zahl erheblich zurückgeht. Familienpflege hat ihre Grenzen, die wir rechtzeitig erkennen und einplanen sollten. Angehörige werden morgen und übermorgen weit weniger die Pflege und Versorgung übernehmen können:

- angesichts der Tatsache, daß die Pflegebedürftigkeit in einem immer höheren Alter auftritt und damit die potentiellen Pflegekräfte (Ehepartner, Töchter) selbst auch älter sind und Pflege für sie schon körperlich eine Überforderung bedeutet. Schon heute sind (einer Studie in Nordrhein-Westfalen zufolge 50 % der pflegenden Angehörigen Frauen über 65 Jahre, 25 % sogar Frauen über 75

Jahre. Diese pflegenden Angehörigen brauchen selbst Hilfe und Entlastung; die Forderung einer Qualitätssicherung der Pflege ist hier besonders zu unterstreichen;

- angesichts der Tatsache, daß viele der Älteren von morgen überhaupt keine Kinder haben, kinderlos geblieben sind;
- angesichts der Tatsache, daß die Kinder – sofern eins oder zwei vorhanden sind – immer seltener in der Nähe des Wohnorts leben werden, was heute noch der Fall ist. Die wirtschaftliche Situation, die Situation auf dem Arbeitsmarkt, die zunehmende Globalisierung und das Vereinte Europa wird dazu führen, daß man im Hinblick auf die Arbeitsstelle flexibel sein muß;
- angesichts der Tatsache, daß die meisten Senioren selbst ein Zusammenwohnen mit den Kindern und deren Familien ablehnen, also nicht etwa an den Wohnort der Kinder nachziehen werden (wobei eine Aufgabe des alten Bekanntenkreises auch nicht unproblematisch wäre). "Innere Nähe bei äußerer Distanz" oder auch "Intimität auf Abstand" ist die Devise bei Alt und Jung.

Mit anderen Worten: wir brauchen in Zukunft mehr professionelle Hilfe, wir brauchen einen Ausbau der Pflege- und Versorgungsdienste. Dabei gilt immer noch der Satz "ambulant vor stationär", wenngleich für manch einen pflegebedürftigen Älteren eine stationäre Unterbringung günstiger wäre. Altenheime und Pflegeheime werden auch in Zukunft immer noch gebraucht werden.

Allerdings gilt auch die Forderung, die sogar im Pflegegesetz verankert ist: "Rehabilitation vor Pflege". Hier muß weit mehr getan werden. Außerdem sollten die Bemühungen im Bereich der Prävention verstärkt werden. "Healthy Aging" ist das Motto der WHO. Der diesjährige Weltgesundheitstag am 7. April stand unter dem Motto "Aktiv leben gesund alt werden".

Healthy aging als Herausforderung

Gesundheit, was ist das eigentlich?

- 1) Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit (bei dem Fortschritt der Medizin und der Medizintechnik, bei den immer neuen und gründlicheren Diagnosemöglichkeiten gilt ja bald die Feststellung: "gesund ist schlecht diagnostiziert", denn jeder hat irgendwo irgendwelche kleineren oder größeren Probleme).

- 2) Gesundheit ist vielmehr der WHO-Definition entsprechend "körperliches, seelisch-geistiges und soziales Wohlbefinden". Es kommt also nicht darauf an, ob man laut Arzturteil und Laborbefund gesund ist, sondern auch, ob man sich gesund fühlt. Der sog. "subjektive Gesundheitszustand" ist, wie unsere, aber auch internationale Untersuchungen zeigen, ganz entscheidend für eine Lebensqualität im Alter.
- 3) Gesundheit schließt aber auch die Fähigkeit mit ein, mit etwaigen Belastungen, mit Einschränkungen, mit Behinderungen (im körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Bereich) sich auseinanderzusetzen und adäquat damit umzugehen.

Diskutiert man heutzutage "Gesundheit" unter dem Aspekt der Prävention, der Vermeidung von Risikofaktoren, dann erwähnt man zuerst – mit Recht! – gesunde Ernährung, Verzicht auf Drogen, Nikotin, Alkohol, die Notwendigkeit körperlicher Bewegung, Hygiene (Zahn- und Mundpflege eingeschlossen) und die Wahrnehmung von Vorsorge-Untersuchungen. Daß es aber auch ganz stark darauf ankommt, schon in jungen Jahren die Fähigkeit zu entwickeln, mit Streß und Belastungen sich auseinanderzusetzen, damit adäquat umzugehen, das verißt man gerne. Und wir werden uns sogar zu fragen haben, ob manche gutgemeinten Erziehungsweisen, die dem Kind und Jugendlichen Streß und Belastung fernhalten wollen, die ihm alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumen (und dies noch positiv als Ausdruck intensiver Bindung deuten), letztendlich die Chance nehmen, aktive Auseinandersetzungsformen mit Problemen einzuüben und statt dessen die Flucht in eine Traumwelt zu begünstigen. Ein Teil unserer Drogenproblematik dürfte auch unter diesem Aspekt zu sehen sein.

Darüber hinaus hat, wie viele neuere Studien wieder nachgewiesen haben, Wohlbefinden auch etwas zu tun mit "Gebrauchtwerden" mit einem "feeling of being needed".

Alt und Jung im gesellschaftlichen und familiären Bereich – ein gegenseitiges Geben und Nehmen

Die Alten, die Sündenböcke der Nation?

"Eine Gesellschaft für alle Lebensalter – eine Gesellschaft für alle Generationen", das ist das Thema für 1999, für das von der UN weltweit ausgerufenes Internationale Jahr der Senioren. Bei der Aufarbeitung der Thematik wird der Generationenbegriff meistens sehr einseitig gesehen.

Diskutiert man gesellschaftliche, vorwiegend finanzielle Probleme, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, spricht man von "Generationenkonflikt", dann stellt man die Generation der im Erwerbsleben Stehenden der Generation der Rentner gegenüber und beklagt die hohen Abgaben für Sozialbeiträge und Rentenkassen. Daß die Generation der derzeit im Erwerbsleben Stehenden darüber hinaus auch für die junge Generation aufzukommen hat, durch ihre Abgaben den ganzen Bildungsbereich bezahlt und den Jüngeren eine Ausbildungszeit bis in das 4. Lebensjahrzehnt hinein finanziert, vergißt man gerne.

Bedenken wir doch: Der demographische Wandel, den man gerne für finanzielle Belastungen verantwortlich macht, ist bedingt durch eine verlängerte Lebenserwartung, die an sich zu begrüßen ist, ebenso durch eine nachlassende Geburtenrate, die zu bedauern ist. Die Misere in den Rentenkassen ist aber auch bedingt durch eine verlängerte Jugendzeit, die in diesem Zusammenhang selten diskutiert wird. Das heißt: finanzielle Belastungen der im Arbeitsleben Stehenden ergeben sich nicht nur durch die vielen Alten (von denen manche ja noch gerne berufstätig wären, wenn die Situation am Arbeitsmarkt es zuließe), sondern auch durch die vielen Jugendlichen im dritten und manchmal noch zu Beginn des 4. Lebensjahrzehnts, die ihren Weg in das Berufsleben noch nicht gefunden haben und so noch nicht in die Rentenkassen einzahlen.

Während viele unserer heutigen Rentner auf 45 Berufsjahre zurückblicken können (bei einer 60- bzw. 48- Stunden-Woche, bei Samstagen als volle Arbeitstage, bei 12 Tagen Jahresurlaub, der erst 1957 auf 14 (!) Tage erhöht wurde), in die sie in die Rentenkassen einbezahlt haben, werden jüngere Generationen nur mit Mühe eine Zeit von 35 Jahren erreichen (bei einer 38-Stunden-Woche und 30 Tagen Jahresurlaub, Samstag nicht mit einbezogen), in denen sie das Ihre zur Rente beitragen. Ein Aufruf zu einem Kampf der Generationen, wie man ihn seitens einiger Mittdreißiger (die selbst nach einem überlangen Soziologie- oder Jura-Studium eben erst ins Berufsleben eingestiegen sind) hört, ist hier gewiß nicht angesagt.

Trotz veränderter Familienstrukturen starke Familienbeziehungen

Diskutiert man familiäre Generationenbeziehungen, dann hat man fälschlicherweise vielfach nur "Junge" und "Alte" im Blick, d. h. man diskutiert das Verhältnis der unter 20jährigen zu den über 60jährigen, das Verhältnis zwischen Großeltern und Enkeln. (Diese Schiefeastigkeit zeigen auch einige Sonderprogramme des BMFSFJ). Und das ist wiederum sehr einseitig. Einmal sind heutzutage Urgroßeltern absolut üblich; es existieren also zwei Generationen im Rentenalter. Zum anderen sollten die mittleren Generationen, die 20-60jährigen, auch in familiäre Betrachtungen weit stärker mit einbezogen werden und zwar Männer und Frauen.

Freilich, Veränderungen der Familiensituation haben wir zu konstatieren. Sie ergeben sich einmal aus dem demographischen Wandel bzw. bewirkten erst diesen (zunehmende Langlebigkeit und nachlassende Geburtenzahlen). Zum anderen aber haben wir im Vergleich zu Beginn bzw. zur Mitte unseren Jahrhunderts erheblich veränderte Familienstrukturen und somit erheblich veränderte Lebenssituationen:

- Heutzutage leben sehr oft 4 Generationen, manchmal sogar fünf Generationen einer Familie zur gleichen Zeit, wenn auch nicht am gleichen Ort bzw. im gleichen Haushalt;
- Wir haben eine Entwicklung von der Großfamilie zur Kernfamilie bzw. vom Drei-Generationen-Haushalt zum 2- und 1-Generationen-Haushalt bzw. 1-Personen-Haushalt;
- Ein-Generationen-Haushalte haben in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen und betragen derzeit knapp 35 % aller Haushalte. In der Gruppe der über 75jährigen leben in Deutschland 68 % aller Frauen und 28 % aller Männer in 1-Personen-Haushalten. Wir haben einen zunehmenden Trend zur Singularisierung, den man jedoch keinesfalls mit zunehmender Einsamkeit oder Isolation gleichsetzen sollte;
- Wir haben eine Entwicklung von der Mehrkinder-Familie zur Ein- und Zweikind-Familie;
- Wir haben eine Zunahme der Lebensgemeinschaften ohne Trauschein bzw. ein zunehmend späteres Heiratsalter;
- Wir haben eine Zunahme kinderloser Paare;
- Das Alter der Erstelternschaft erhöht sich;
- Die Scheidungsrate steigt an;
- Die Anzahl der Ein-Eltern-Familien nimmt zu.

Doch darin sollte man keine Auflösung der Familie sehen! Alle Untersuchungen sprechen für eine starke familiäre Interaktion. Heutzutage sind Generationenkonflikte in der Familie äußerst selten. Viele Studien zeigen, daß die familiäre Verbundenheit heute sogar stärker ist als je zuvor, als die gegenseitige finanzielle Abhängigkeit weit größer war. Sowohl die Alterssicherung als auch Ausbildungsbeihilfe tragen dazu bei, daß Alte und Junge finanziell weniger aufeinander angewiesen sind und eine größere Unabhängigkeit voneinander haben. Die Männer und Frauen der Jahrgänge 1890 bis 1925/30 berichteten in ihren ausführlichen Lebenslaufschilderungen weit häufiger von "Konflikten mit den eigenen Eltern", die sich ein ganzes Leben lang hinzogen, von einer Fülle von Verboten und Geboten bis in das Erwachsenenalter hinein, als die Jahrgänge von 1952/55, bei denen als Mittvierziger, Mittfünfziger ein eher kameradschaftliches Verhältnis zu den Eltern -und den Kindern- gegeben ist. Heute sind es vielmehr innere Bande, welche die früher notwendigen äußeren Bande ersetzen. Freilich, man wohnt nicht mehr zusammen, aber man nimmt intensiv Anteil am Leben der Eltern, Großeltern, der Kinder und Kindeskiner. "Innere Nähe durch äußere Distanz" kennzeichnet das Verhältnis der Generationen zueinander.

Generationenkonflikt - oder Solidarität zwischen Alt und Jung?

Im Mai 1997 ist die 12. SHELL-Jugendstudie im Beisein von Bundesministerin für Familie und Senioren, Frauen und Jugend der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Durch die Tageszeitungen ging das Bild der Politikverdrossenheit der Jugend, der "Jugend ohne Zukunftsperspektive", die wir Alten den Jugendlichen verbauen, der Angst schon der 12 (!) bis 24jährigen um die Zukunft ihrer Renten. "Die gesellschaftliche Krise hat die Jugend erreicht", war das Fazit, das aus den Daten gezogen wurde.

Man hat – sich auf biographische Portraits berufend – sechs Skalen neu entwickelt, darunter Skalen "Erlebter Gegensatz der Generationen" (neben "Desinteresse der Politik an Jugend", "Persönliche Distanz zur Politik", "Politische Wirksamkeit", "Motivation zum Engagement"), Skalen, die einer sorgsam ausgesuchten Stichprobe von über 2000 Jugendlichen vorgelegt wurden.

Die Ergebnisse sind alarmierend und stellen eine Solidarität absolut in Frage. Die Autoren fassen die Erkenntnisse wie folgt zusammen (1997, S. 17): "Die Ursachen für das Sinken der gesellschaftlichen Chancenstruktur der heutigen Jugend sehen diese (Jugendlichen) im Tun bzw. Unterlassen der Erwachsenen- generation und insbesondere der Politiker und der politischen Parteien." Jugend-

liche sehen sich "in der Rolle, Fehler und Versäumnisse früherer Generationen und der heutigen Erwachsenengeneration ausbaden zu müssen."

Sieht man sich jedoch die vorgegebenen Fragen an, die mit 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (trifft sehr zu) beantwortet werden sollten, dann lauten diese:

- Die Erwachsenen leben heute schon auf Kosten der jungen Generation;
- Die Erwachsenengeneration verbaut durch ihre Politik heute unsere Zukunft (2,83);
- Unter den Fehlern der heutigen Politik werden wir in Zukunft zu leiden haben (3,10);
- In der Politik spielt die Zukunft der jungen Generation keine Rolle; Die Erwachsenen denken nur an ihre eigenen Interessen, die Zukunft der Jugend ist ihnen egal (2,47);
- Die Politik spart v. a. dort Geld, wo es um die Zukunftschancen der Jugend geht (2,82);
- Zwischen den Interessen der Erwachsenen und denen der Jugendlichen herrschen starke Gegensätze.

Danach können wir keine Solidarität zwischen den Generationen erwarten. Die Jugend kritisiert nur die Erwachsenen und lehnt sie ab. Doch, ist die Jugend von heute wirklich so?

Daß 1992 noch 59 % optimistisch in die Zukunft blickten, 1997 – nach derartigen Fragen – aber nur noch ein Drittel "eher zuversichtlich" in die Zukunft schaut, wundert eigentlich nicht. Der heutigen Jugend wurde ja in dieser vielzitierten Studie überhaupt keine Chance eingeräumt, sich positiv zu äußern. Grundsätze einer sozialwissenschaftlichen Fragebogenstudie, wonach der Anteil negativer und positiver Äußerungen gemischt und gleich stark vertreten sein sollte, sind hier nicht beachtet worden. Jugendliche hatten bei dieser Befragung ja gar nicht die Gelegenheit, positive Generationenbeziehungen und Solidarität zum Ausdruck zu bringen. Fragen wie z. B. "Unseren Wohlstand verdanken wir den Älteren", oder "Wir Jungen haben heutzutage viel bessere Bildungschancen als Generationen vor uns", oder "Ältere verzichten auf vieles zugunsten von uns Jugendlichen" oder "Es gibt durchaus auch Interessen, die ich mit Erwachsenen teilen kann" und ähnliche fehlen. Auch Fragen eines eigenen positiven Ausblicks auf die Zukunft sind erheblich unterrepräsentiert; man findet sie kaum. Mit anderen Worten: Die Studie sagt mehr über die Autoren aus, die den Fragebogen entworfen haben, als über die Jugendlichen selbst.

Damit ist diese neuere Studie wieder einmal ein Paradebeispiel für das Herbeireden eines Generationenkonflikts, auch wenn es hier primär um den Konflikt zwischen Jugendlichen und "Erwachsenen" geht, weniger eindeutig um

den zwischen Jung und Alt. Fest steht auf jeden Fall, daß eine solche Erhebung und solche Ergebnisse eher geeignet sind, eine vielleicht sogar vorhandene Solidarität zwischen den Generationen zu zerstören. -

Ein Konfrontationskurs der Generationen, wie er auch in modernen Büchern wie "Die Alterslüge" oder die "Die Zukunftsdiebe" von Schüller (1995, 1997). "Die Altenexplosion" von Mohl (1993) oder "Der Abschied vom Wolfsrudel" von Reiner Gronemeyer (1989) herbeigeredet oder gar heraufbeschworen wird, schadet allen Generationen und verhindert geradezu ein Miteinander und Füreinander, auf das alle Generationen ein Leben lang angewiesen sind. Da hilft es nicht weiter, wenn Mohl die Frage stellt "Gibt es bald einen 'Krieg der Alten', welche eine 'Pflicht zu sterben' haben, welche 'zu teuer' werden im Hinblick auf Rentenzahlungen und Kranken kostenerstattungen zumal "das Gesundheitswesen ein Faß ohne Boden" sei." Da hilft es ebenso wenig weiter, wenn Gronermeyer schon vor nunmehr 10 Jahren feststellte: "Immer mehr Junge müssen immer mehr arbeiten, um Renten und Intensivstationen für die Alten zu bezahlen" oder wenn Heidi Schüller von der "Vergreisung der Republik" spricht und den Generationenkonflikt in unserer Gesellschaft zusätzlich entfacht, schürt und verstärkt wenn sie feststellt "Die Versorgungsansprüche der Alten drohen die junge Generation zu überfordern". Heidi Schüller, selbst Mittelalter bzw. zu den "älteren Arbeitnehmern" zu rechnen (Jahrgang 1950), verbreitet ein völlig verzerrtes Altersbild und verallgemeinert ihre als Ärztin auf der Intensivstation gemachten Beobachtungen auf die ältere Generation, wenn sie beispielsweise über die 70jährigen schreibt (S. 43): "Es sind keine komplizierten Zusammenhänge mehr, die das Greisenhirn beschäftigen, sondern schlichte, einfache Gefühle und Stimmungen – affektlabil und unberechenbar. Die Aktualität verliert an Bedeutung, der Blick ist rückwärts gerichtet, die Vergangenheit dominiert Gegenwart und Zukunft. Die Haltung ist gebeugt, das Gesichtsfeld stark eingengt; die Zukunft liegt nicht mehr vorn, sondern unten."

Einem solchen Altersbild widersprechen alle wissenschaftlichen Untersuchungen in der ganzen Welt. Das ist nicht die Situation der älteren Generation! Vielleicht sind hiermit in liebloser Weise 5-10 % der über 85jährigen erfaßt, doch ein solches generalisiertes Bild von der älteren Generation ist schädlich für Alt und Jung! Durch eine solche einseitige Sicht des Alters machen wir Ältere erst zur Problemgruppe! Durch eine solche einseitige Sicht des Alters erschweren wir die Solidarität zwischen den Generationen erheblich!

Wir sollten uns bemühen, die Diskussion zu versachlichen. Wir sollten vor Spannungen zwischen den Generationen und Generationskonflikten nicht die Augen verschließen, sie aber auch nicht herbeireden!

Das Miteinander der Generationen

Doch es gibt auch hinreichend Belege für ein Miteinander der Generationen. So hat Rosenmayr (1997) von einer Umfrage in der Westschweiz berichtet, daß eine Zwei-Drittel-Mehrheit die Gemeinsamkeit der Interessen von Alt und Jung in Fragen sozialer Sicherheit betonten. In den USA haben sich von den 17-50jährigen 80 % für eine Erhöhung der Alterssicherung ausgesprochen. Nun kann man das dortige Rentensystem nicht mit dem unsrigen vergleichen (wir plädieren auch nicht für eine Erhöhung!), aber hier kommt es auf den Geist an, auf die Zeichen der Solidarität, die hinter einer solchen Aussage stehen.

In Österreich haben sich bei einer Repräsentativumfrage nur 5 % der Jüngeren für eine Kürzung der Alterszuwendungen ausgesprochen, 95 % für eine Beibehaltung oder sogar für eine Erhöhung: "Im Unterschied zu dem, was der Mainstream der Medien aus Indizien zum Generationenkonflikt herausliest, wollen über die Hälfte aller Altersgruppen (also auch der Jungen!) mehr Unterstützung für die Alten" (Rosenmayr 1997).

Noch deutlicher wird eine Solidarität zwischen den Generationen, wenn man nach dem Transfer in den Familien fragt.- Französische Studien aus dem Jahr 1994 zeigen, daß von den 70-90jährigen 66 % den jüngeren Generationen Geldleistungen, ebenso viele zusätzliche Dienstleistungen zukommen lassen; ein Drittel der Alten gibt jährlich im Durchschnitt umgerechnet 2.000 bis 15.00 DM an jüngere Generationen als Bargeldgeschenk weiter, zusätzlich in derselben Höhe Werte an Wohnungsbeihilfe, Versicherungen und Sparbücher. Der Transfer von Alt zu Jung ist erheblich. (Attiasdonfut, 1995)

Die Berliner Altersstudie (Baltes u. Mayer 1996) erbrachte, daß 40 % der über 70jährigen Berliner im Durchschnitt jährlich etwa 7000 DM an erwachsene Kinder und etwa 3.000 DM an die Enkel zahlen. In der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) an der Universität Heidelberg und Leipzig hat sich gezeigt, daß 70 % der Mittsechziger ihre Kinder, 57 % ihre Enkelkinder in teils sehr hohem Ausmaß unterstützen und außerdem 38 % der Untersuchungsteilnehmer des Jahrgangs 1930/32 die eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern finanziell und durch Pflegeleistung unterstützen. Ein typisches Beispiel für die "sandwich-generation".

Doch im Verhältnis der Generationen zueinander geht es nicht nur um Materielles, sondern auch um die wechselseitige Achtung, Anerkennung, um wechselseitiges Füreinanderstehen und um gegenseitige Toleranz der Verschiedenheit. Und dies ist weit stärker verbreitet als man annimmt.

Auch der 3. deutsche Familien-Survey (Bien 1994), der 479 Familien mit 1285 Interviews aus allen 3 Generationen erfaßte, stellt zum Thema "Eigen-

interessen oder Solidarität" fest, daß die Generationen in den Familien weitaus mehr Aktivitäten entwickeln als ihnen im medialen Alltag zugetraut werden: Presse, Funk und Fernsehen verstehen es immer wieder, diese Art des Zusammenlebens als überholt, unattraktiv und nicht zeitgemäß darzustellen. Die Analyse der Eltern-Kind-Beziehung zeigt, daß sowohl die einzelnen Individuen wie auch die verschiedenen Generationen in hohem Maße Aktivitäten entwickeln, um sich im Bedarfsfall gegenseitig zu helfen, sich zu unterstützen bzw. Miteinander in Kontakt zu bleiben.

Und Kohli (1996) stellt fest: "Heute wissen wir, daß dem öffentlichen Leistungsstrom von den Jüngeren zu den Älteren im Rahmen der Sozialversicherung ein privater Leistungsstrom von den Älteren zu den Jüngeren gegenübersteht (Kohli 1996, S. 20-30). Er schließt seinen Beitrag "Krieg der Generationen?" mit den Worten:

"Es gibt also starke Solidaritätsbeziehungen, die das Konfliktpotential zwischen den Generationen verringern. Für die politischen Akteure entsteht daraus eine doppelte Aufgabe: sie müssen das Konfliktpotential nüchtern ins Auge fassen und sich in der ganzen Breite der Politikbereiche rechtzeitig darauf einstellen. Sie müssen aber zugleich alles unterlassen, was zu einer unnötigen Dramatisierung des Konfliktes führt. Politik in einer alternden Gesellschaft ist Politik für alle Lebensalter, und sie muß die bestehenden Solidaritätsbeziehungen zwischen den Altersgruppen und Generationen aufnehmen. Diese (durchaus vorhandene) Solidarität ist ein Kapital, das nicht verschleudert werden darf".

Die von INFAS im Auftrag des BMFSFJ durchgeführte repräsentative Umfrage "Zum gegenseitigen Bild der Generationen" (1997) spricht auch eher für eine Solidarität als für einen Kampf der Generationen. So meinten 84 % der Befragten, die Älteren sollen abgesichert sein, denn sie haben viel für das Land getan. 92 % stimmten der Aussage zu: "Jüngere können von den Älteren viel lernen", wie auch umgekehrt 75 % der Meinung sind, daß Ältere von den Jüngeren lernen können. 98 % aller jüngeren und älteren Befragten hält es für wünschenswert, daß man sich gegenseitig hilft und unterstützt, daß man für seine Enkel da ist (96 %), daß man für seine Eltern und Großeltern da ist (95 %), sich um Ältere kümmert (95 %) und sogar für Ältere auch mal auf etwas verzichtet (94 %), auch wenn über die Hälfte der Befragten zugeben, daß es auch Konflikte zwischen Jung und Alt gibt. Der "Wunsch nach Selbstverwirklichung" ist bei 67 % der 14-19jährigen vertreten, jedoch nur bei 32 % der über 70jährigen (was vielleicht verständlich ist). Während sich die Sorgen der Älteren auf gesundheitliche Probleme, etwaige fehlende Hilfe im Krankheitsfall, der Angst den Kindern oder Enkeln zur Last zu fallen konzentrieren, sind es bei den Jüngeren Sorgen und Probleme, das notwendige Geld fürs Leben und die Finanzierung der

Urlaubs sicherzustellen, Wohnungsprobleme aber auch Sorgen um das Wohlergehen der Eltern und Großeltern.

Insgesamt spricht aus den Ergebnissen durchaus eine solidarische Haltung, auch wenn (besonders von den 40-49jährigen) befürchtet wird, daß die Konflikte zwischen Jung und Alt größer werden. Immerhin stimmten 71 % dem Generationenvertrag zu (allerdings von den 14-19jährigen nur 54 %, von den über 70jährigen 88 %). Trotz dieser generellen Bereitschaft, füreinander einzustehen, glauben nur 35 %, daß die Jüngeren sich von den Älteren verstanden fühlen (von den 20-29jährigen sogar nur 25 %). Aber auch nur 34 % glauben, daß sich die Älteren von den Jüngeren verstanden fühlen (48 % der über 70jährigen, aber nur 24 % der 20-29jährigen).

Ein Miteinander und gegenseitiges Verständnis ist gefragt

Doch auch verschiedene Verlautbarungen des letzten Jahres, auch von den sog. "Jungen Wilden", stellen das Bemühen um eine Solidarität in Frage. Wenn es da unter Hinweis auf den Anstieg des Beitragssatzes zur Rentenversicherung heißt "spätestens jetzt ist es Zeit, daß sich unsere Generation gegen die schleichende Enteignung wehrt" und man von einer "Aufkündigung des Generationenvertrages" spricht, dann ist das kein Weg in die Zukunft, kein Weg der so notwendigen gemeinsamen Problemlösung!

Das Altern unseres Volkes und die wirtschaftliche Situation bringen Herausforderungen mit sich, die nur gemeinsam, generationsübergreifend, zu lösen sind. Der demographische Wandel bringt nun einmal Kosten mit sich, die man jedoch nicht nur den Senioren zum Vorwurf machen kann, wie dies heute oft geschieht.

Man bedenke dabei folgende Aspekte:

1. Die heutigen Rentner sind vielfach nicht aus eigenen Stücken aus dem Arbeitsleben ausgeschieden. Der Vorruhestand und andere Formen der Frühverrentung wurden eingeführt, um den Bedürfnissen der Jungen Generation, die keinen Arbeitsplatz fanden, entgegenzukommen. Das war auch richtig so. Nur dann dürfen die Jungen den Alten, die ihrerwegen auf eine Weiterbeschäftigung verzichtet haben, nicht vorwerfen, jetzt zur "Rentenlast" zu werden.
2. Die heutigen Rentner sind in der Mehrzahl viel früher ins Berufsleben eingetreten als es die heutige Junge Generation tut. Sie haben vielfach ihre 40/45 Arbeitsjahre hinter sich, die die meisten der Jungen Generation von heute wohl kaum erreichen werden.

3. Der vielzitierte Demographische Wandel bedeutet nicht nur eine zunehmende Langlebigkeit (die man den Rentnern anlastet), sondern ist auch durch nachlassende Geburtenzahlen (für die wohl die junge Generation verantwortlich ist) mit herbeigeführt. Er bedeutet zudem eine verlängerte Jugendzeit. Dies sei der Jungen Generation gegönnt. Sie sollte sich jedoch klar machen, daß viele Rentner von heute in diesem Alter, d. h. schon als Mittzwanzigjährige, eine Familie gegründet hatten und sehr oft für mehr als die heute üblichen 1-2 Kinder zu sorgen hatten.
4. Der Jungen Generation sollte auch klar sein, daß viele Rentner von heute für ihre eigene Ausbildung (und nicht nur für das Studium, sondern auch für die Lehre) selbst aufkommen mußten und im wahrsten Sinne des Wortes "Lehrgeld" bezahlen mußten. Vielfach mußte dann diese heutige Rentnergeneration auch noch die Ausbildung ihrer Kinder bezahlen, denn BAFÖG gab es damals noch nicht und Lehrlinge bekamen damals kaum Lohn. Übrigens, nicht nur die Rentenlasten, sondern auch die Bildungsausgaben der Länder und des Staates sind enorm gestiegen zugunsten jüngerer Generationen. Und das ist auch gut so. Nur, diese Aspekte sollte man auch im Auge behalten, wenn man vom Generationenvertrag (den man evtl. aufkündigen will) und von der Solidarität zwischen den Generationen spricht.
5. Die junge Generation sollte ebenso wissen, daß viele Rentner von heute keinesfalls ihren Wunschberuf ergreifen konnten, sondern die Stelle annahmen, die gerade frei war. Nach etwaiger Alterssicherung und Rente hatte man nicht gefragt. Als 12jährige wußten viele heutigen Senioren noch gar nicht, was überhaupt eine "Rente" ist. Die Rentner von heute kannten vielfach noch die 60-Stunden-Woche, bestimmt aber die 48- und 45-Stunden-Woche. Der Samstag als Arbeitstag war für die heutigen Rentner selbstverständlich. Sie begannen mit ganzen 12 Urlaubstagen im Jahr; erst 1957 wurde deren Zahl auf 14 erhöht.
6. Schließlich sollten manche "Junge Wilde" wissen, daß auch für die Rentner von heute dem Drei-Generationen-Vertrag entsprechend nicht die eingezahlten Beiträge zurückgelegt wurden, sondern an die damaligen jeweiligen Rentner ihrer Elterngeneration ausbezahlt wurden. Die Feststellung "Spätestens jetzt aber ist es an der Zeit, daß sich unsere Generation gegen diese schleichende Enteignung wehrt" klingt wie ein Aufruf zum Kampf gegen die ältere Generation, die schließlich unser Vaterland nach den Kriegswirren wieder aufgebaut hat und der die junge Generation heute so manches zu verdanken hat.

Doch wir wollen nicht einseitig sein und Solidarität nur von den anderen, den Jüngeren einfordern. Auch Senioren sollten Solidarität üben, sollten versuchen, die Jugend von heute besser zu verstehen. Werte haben sich gewandelt; die junge Generation hat sich in einer anderen Welt zu behaupten. Im übrigen sind es ja unsere Kinder und Kindeskiner, für deren Entwicklung wir mitverantwortlich waren und sind. Haben wir etwas falsch gemacht? Haben wir zu wenig

Solidarität, zu wenig Nächstenliebe vorgelebt? Haben wir sie zu kleinen Egoisten – aber zumindest zu großen Individualisten – erzogen? Haben wir ihnen vielleicht durch eine falschverstandene Overprotection-Haltung, durch gutgemeinte, aber übermäßige Fürsorge, zu viele Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt und manch einen dadurch lebensuntüchtig gemacht? Haben wir manch einem Jugendlichen das Training, mit Belastungen fertig zu werden und sich erfolgreich mit Unannehmlichkeiten auseinanderzusetzen, durch unsere zu weitgehende Fürsorge versagt? Haben wir unsere Söhne und Töchter zu wenig gefordert? Aber man sollte nicht nur die Eltern zum Sündenbock stempeln. Ist es wirklich von Vorteil für die Persönlichkeitsentwicklung der Jugend, daß man in den ersten drei Schuljahren die Noten abschaffen möchte? "Fördern durch Fordern" gilt nicht nur für Senioren, sondern auch für Kinder und Jugendliche!

Wie dem auch sei, wir sollten uns bemühen, die Welt der jüngeren Generation, ihre Ängste, ihr Streben nach Sicherheit, ihre Nöte und Bedürfnisse zu verstehen; wir müssen aufeinander zugehen. Der Dialog ist gefordert. Manchmal wird es nötig sein, Grenzen zu setzen. Wir sollten uns aber auch bemühen, den Wandel der Zeit zu verstehen. Wir selbst müssen wie der Bundespräsident in seiner vielbeachteten Berliner Rede (April 1997) gefordert hat, "bereit sein zum lebenslangen Lernen" und wir müssen lernen, andere Generationen besser zu verstehen. Roman Herzog forderte heraus zu "lebenslangem Lernen", wozu auch "ein aufgeklärter Umgang mit der Technik gehört". In "hochtechnisierten Gesellschaften ist permanente Innovation eine Daueraufgabe, der auch wir Älteren uns zu stellen haben". Außerdem sagte der Bundespräsident: "Wir Älteren aber müssen uns die Frage stellen: Was leben wir den jungen Menschen vor? Welche Leitbilder geben wir ihnen? Das Leitbild des ewig irritierten, ewig verzweifelten Versorgungsbürgers kann es doch wahrhaftig nicht sein! Die Jungen beobachten uns Alte sehr genau! Wirklich überzeugen werden wir sie nur, wenn wir ihnen unsere eigene Verantwortung glaubhaft vorleben."

Nun, Senioren sind zum großen Teil bereit, Verantwortung zu übernehmen doch, überträgt die Gesellschaft sie ihnen auch?

Älterwerden eine Verpflichtung für jeden einzelnen und die Gesellschaft

Wir Älteren haben eine Verpflichtung, uns zu engagieren. Der Austritt aus dem Berufsleben darf nicht ein Austritt aus der Gesellschaft bedeuten! Wir haben zunächst einiges für uns selbst zu tun, für ein gesundes Altern. Altwerden bei

Wohlbefinden hilft nicht nur uns selbst, sondern auch unseren Familien und letztlich der Gesellschaft, der wir damit erhebliche Kosten ersparen. Wir haben aber darüber hinaus auch eine Verpflichtung, uns für andere einzubringen, je nach Kräften und eigenen Interessen. Wir sollten etwas für Gleichaltrige und/oder andere Generationen tun. Viele unserer Senioren sind ja bereits engagiert, tun etwas für andere sei es in der Unterstützung ihrer Familien, sei es durch Rat und Tat in der Nachbarschaft, in der Pfarrei, in der Gemeinde oder auch im Verein. Nach dem Berufsende sollte jeder einzelne sich selbst neue Aufgabenbereiche suchen, die einen interessieren, die einem liegen, für die er geeignet ist. Die Gesellschaft aber sollte dieses Bestreben fördern, Möglichkeiten aufzeigen und bereitstellen und auch die freiwillig angebotenen Dienste bei der älteren Generation abrufen und davon verstärkt Gebrauch machen. Dies darf nicht allein eine Aufgabe einiger Seniorenbüros sein, von denen viele mehr für die Senioren als für die Gesellschaft tun.

Keinesfalls aber geht es an, daß man z. B. 63jährige, die sich als Schöffen melden, generell des Alters wegen abweist; daß Kirchenvorstände jenseits der 60 abgewählt werden und daß man einer 58jährigen ihres Alters wegen die Mithilfe bei der Telefonberatung versagt. Altersgrenzen im Ehrenamt sind zu überprüfen!

Hindernisse für bürgerschaftliches Engagement, zu dem manch einer der Senioren bereit wäre, liegen einmal in diesen oft unausgesprochenen Altersgrenzen und dem dahinter stehenden negativen Altersbild, das es zu korrigieren gilt. Hindernisse liegen sodann in der oft fehlenden Flexibilität: Viele Senioren legen sich nicht gerne über Wochen und Monate hin regelmäßig zu einer bestimmten Stunde an bestimmten Tagen fest. Das mußten sie lange genug während ihrer Berufsjahre tun; jetzt möchten sie – verständlicherweise – freier über ihre Zeit verfügen können. Weitere Hindernisse liegen in dem oft unterschwelligem Kampf zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen. Manche ausgebildete Kraft hat Angst, durch Unausgebildete eine Abwertung ihrer Tätigkeit zu erfahren. Hier kann ich nur sagen: wir brauchen die staatlich geprüfte Krankenschwester und examinierte Altenpflegerin! Wir brauchen aber nicht die staatlich geprüfte Vorleserin, Unterhalterin oder den examinierten Rollstuhlschieber. Das Ehrenamt kann keine Planstellen ersetzen, sondern soll sie ergänzen.

Doch bürgerschaftliches Engagement muß nicht immer im sozial-pflegerischen Bereich sein, gegen den manche rüstige Senioren und Seniorinnen nicht selten Vorbehalte haben. Man sollte weit mehr überlegen, wie man seine im Beruf erworbenen Erfahrungen einsetzen kann Erfahrungen, aufgrund derer ältere Menschen bereits zu Experten in manchen Bereichen geworden sind, sollten nicht ungenützt verkümmern. Gute Beispiele hierfür geben der Senioren-Experten-Service und die Senioren-Experten.

Alt hilft Jung. Hier wird das know-how der älteren Generation weitervermittelt. Diese Beispiele sollten Schule machen.- Beste Erfahrungen hat man auch gemacht bei Einladungen älterer Mitbürger in den Geschichtsunterricht in Schulen. Ältere als Lehrende in bestimmten Bereichen. Oder ist die Seniorin, die dem türkischen Schulanfänger von nebenan die Hausaufgaben nachsieht oder mit ihm Rechnen und Schreiben übt. Vielleicht müssen wir den Blickwinkel in der Altenpolitik etwas verändern. Wir dürfen die Situation der Senioren nicht nur unter dem Pflege- und Renten aspekt diskutieren! Wir müssen zuerst alles tun, Kompetenzen zu erhalten, zu fördern, zu stärken, auch um einen etwaigen Altersabbau zu vermeiden oder wenigstens weit hinauszuschieben und so die Lebensqualität von Alt und Jung zu verbessern. Freilich, Rehabilitation gehört ausgebaut, Pflege wo sie nötig wird- gehört gesichert; qualifizierte Pflege ist gefordert.

Aber: eine Altenarbeit und eine Altenpolitik von heute darf nicht nur von der Frage geleitet sein: "Was können wir für die Alten tun?" und darf nicht nur nach Vergünstigungen für die Senioren suchen, sondern sollte weit stärker fragen "Was können die Senioren für die Gesellschaft tun?", "Wie können die Senioren sich sinnvoll einbringen?". Dabei suchen wir nicht etwa eine Beschäftigungstherapie oder Hilfen bei der Freizeitgestaltung, sondern echte, richtige Aufgaben, Übernahme von Verantwortung und die Bereitschaft der Jüngeren und Mittelalterlichen, Verantwortung abzugeben.

Zusammenfassende Schlußbemerkung

Einige Thesen möchte ich zum Schluß noch einmal herausstellen:

1. Generationenkonflikte werden vielfach erst herbeigeredet; den Jugendlichen wird durch die öffentliche Diskussion vielfach erst Angst gemacht und der Zukunftsoptimismus genommen. Freilich, es gibt Herausforderungen aber diese sollte man nicht als Problem sehen und bejammern, sondern als Aufforderung, die Ärmel hochzukrempeln und anzupacken. Jung und Alt gemeinsam sollten sich fragen: wie können wir durch eigene Aktivität diese Situation verändern?
2. Es bedarf eines größeren gegenseitigen Verständnisses. Die Jungen können von den Alten und die Alten von den Jungen zu lernen, sollten aufeinander zugehen, die Meinungen anderer Generationen hören und gegenseitig sich zu verstehen versuchen.

3. Die Solidarität in den Familien ist heute keine Illusion. Generationenkonflikte in der Familie sind heute seltener als früher, als man finanziell völlig von der anderen Generation abhängig war. Historische Berichte über den Auszug ins "Altenteil" oder verschiedene Märchen aus vergangenen Jahrhunderten sprechen eine andere Sprache (der kleine Enkel, der den Trog für seine Eltern schnitzt; die Großmutter von Rotkäppchen, die man als sie alt und krank war, in den Wald hinausgeschickt hat). Tatsache ist, durch viele Untersuchungen bestätigt: Heute haben innere Bande (Gemeinsamkeiten, gegenseitige Anteilnahme, füreinander-Ein springen, kameradschaftliches Miteinander) vielfach äußere Bande (finanzielle Abhängigkeit, Sorge um den sog. "guten Ruf" in der Nachbarschaft) ersetzt. Außer in manchen Pflegesituationen findet man selten einen "gezwungenen Zusammenhalt bei innerer Leere", sondern ein überzeugtes inneres Zueinander-Stehen. Auch heute noch gilt die Feststellung der 60er Jahre "Innere Nähe bei äußerer Distanz" aber oft auch "innere Distanz bei äußerer Nähe". Das Drei-Generationen-Wohnen ist nicht immer die optimale Lösung.
4. Veränderte Lebenssituationen, veränderte Wertwelten gilt es zu tolerieren aber nicht nur zwischen über 60jährigen und unter 20jährigen. Wir haben zwei bis drei Generationen im Seniorenalter, und so haben auch 60jährige die 80- und 100jährigen zu tolerieren und umgekehrt! 30jährige haben 18jährige zu tolerieren, ebenso wie auch die 45- und 50jährigen und vice versa. Viele Untersuchungen belegen: Großeltern und Enkel haben meist guten Kontakt, zeigen Verständnis füreinander. Großeltern tolerieren bei ihren Enkeln auch weitgehend manches, was zu ihrer Zeit undenkbar gewesen wäre (in bezug auf Partnerschaft, auf sexuelles Verhalten, auf Kleidung, auf sog. "Anstand", in bezug auf religiöse und politische Einstellungen). Im allgemeinen gilt: Ältere tolerieren Junge v. a. dann, wenn sie selbst ein "positives Selbstbild" haben aber tolerieren auch Jüngere das Verhalten der Älteren? 17jährige, die miteinander zärtlich sind, werden selbstverständlich toleriert 70jährige in einer vergleichbaren Situation hingegen nicht ohne weiteres. (Erste Veränderungen zum positiven Altersbild sind festzustellen).
5. Wir haben einen sich selbst verstärkenden Kreisprozeß, den wir auch in unseren Untersuchungen sehr deutlich aufzeigen konnten: Solidarität, füreinander-Einstehen ist dort gegeben, wo man einander schätzt und achtet. Die Abwertung Älterer (durch Veröffentlichungen zum Generationenkonflikt verstärkt), das sog. "Fremdbild", beeinflusst deren Selbsterleben. Und ein negativ getöntes "Selbstbild" der Älteren führt zur Unsicherheit, Unzufriedenheit, zu Minderwertigkeitskomplexen. Nun ist nachgewiesen: Menschen, die ein negatives Selbstbild haben, die von Minderwertigkeitskomplexen geplagt werden, die sich selbst nicht gut sind, neigen dann auch dazu, andere

abzuwerten, deren Eigenheiten nicht zu tolerieren, sie abzulehnen. (Das gilt übrigens nicht nur für das Alter. Das können Sie in Schulklassen, in Betrieben, am Arbeitsplatz und auch in Freizeit- oder Reisegruppen beobachten). Nun wissen wir durch unsere Untersuchungen, daß ein negatives Selbstbild der Alten mit größerer Kritik an der Jugend, mit geringerem Verständnis der jungen Generation, mit Intoleranz, mit Ablehnung und weniger Solidarität einhergeht. Ein positives Selbstbild im Alter, das wir bei Senioren finden, die auch von ihrer Umgebung bejaht, geschätzt, geachtet werden geht einher mit stärkerem Verständnis für die Jugend. Ähnliches gilt auch für die Jugend: Unsichere, inkompetente Jugendliche sind alten Menschen gegenüber eher negativ eingestellt und drohen eher mit einer Kündigung des Generationenvertrags. Kompetente Jugendliche hingegen haben häufiger ein positives Altersbild, haben mehr Verständnis und sind eher zur Solidarität bereit.

Durchtrennen wir doch diesen Kreisprozeß, tragen wir zu einem positiven Fremdbild des Alters und der Jugend bei und machen einerseits den Alten nicht ungerechtfertigte Vorwürfe als Rentenlast und Pfliegelast und andererseits den Jungen nicht unberechtigte Vorwürfe als Zukunftspessimisten und Egoisten (was die meisten von ihnen gar nicht sind!).

6. Aber: wir Seniorinnen und Senioren, wir sollten doch durch unser Verhalten, durch unser Engagement für andere, mit zu einer Korrektur des Altersbildes beitragen. Fordern wir für uns nicht nur Rechte und besondere Vergünstigungen (von verbilligten Bahntarifen bis zu ermäßigten Eintrittskarten), sondern übernehmen wir auch Pflichten und Aufgaben für die Gesellschaft. Sprechen wir nicht nur von Potentialen, die viele Alte haben, sondern setzen wir sie auch tatkräftig um was allerdings voraussetzt, daß die Gesellschaft, die jüngeren und mittleren Generationen, auch Gebrauch davon machen.

Wir brauchen Solidarität, wir brauchen den Dialog zwischen den Generationen zwischen allen Generationen und nicht den Macht- und Verteilungskampf. Wir brauchen gemeinsames Tun, wir brauchen nicht gegenseitige Beschimpfungen, sondern gegenseitiges Verständnis dann bleibt Solidarität zwischen den Generationen keine Illusion!

Wir waren, was sie sind und sie werden, was wir sind!