

Zur Ökonomisierung sozialer Qualität

Markus Dederich

*»Wenn die Einrichtung des Wohlfahrtsstaates einen Versuch darstellte, ökonomische Interessen im Dienst moralischer Verantwortlichkeit zu mobilisieren, werden beim Abbau des Wohlfahrtsstaates ökonomische Interessen als Mittel eingesetzt, politische Überlegungen von moralischen Zwängen zu befreien.«
(Bauman 1995, 363)*

Problemstellung

Die gesellschaftlichen Umbrüche und wirtschaftlichen Turbulenzen, die sich in den vergangenen fünfzehn bis zwanzig Jahren in vielen Bereichen des Lebens bemerkbar gemacht haben, sorgen auch in der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit zunehmend für eine deutlich spürbare Unruhe. Eine Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, des Alterns der Bevölkerung und anderer demographischer Veränderungen sowie des Wandels im Krankheitsspektrum hin zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen sind gestiegene Kosten, denen eine ökonomisch bedingte Verknappung finanzieller Ressourcen gegenübersteht.

Diese Entwicklung steht im Kontext eines weltweiten ökonomischen Wandlungsprozesses. Am deutlichsten wird die von ihm vorangetriebene Veränderungsdynamik, wo die zur Verfügung stehenden Ressourcen knapper werden, Auseinandersetzungen über deren Verteilung geführt werden und Aspekte der Wirtschaftlichkeit mehr und mehr in den Vordergrund drängen.

Die durch die Ökonomisierung zum Teil ausgelösten, zum Teil verstärkten und vorangetriebenen Veränderungen werden in der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit auf verschiedenen Ebenen wirksam. Sie betreffen die institutionell-organisatorische Ebene, die in den Institutionen arbeitenden Professionellen sowie die Menschen, die auf die eine oder andere Weise auf diese Institutionen angewiesen sind. Durch diese Ebenen hindurch wirken sie sich aber auch – und das sowohl indirekt wie unmittelbar – auf das konkrete pädagogische, therapeutische oder pflegerische Geschehen selbst aus und können zu quantitativen und qualitativen Veränderungen von Beziehungs-, Interaktions- und Kommunikationsprozessen führen, die gerade in der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit von zentraler Bedeutung sind.

Dass innovatives Denken und Reformen unumgänglich sind, dürfte weitgehend unstrittig sein. Jedoch gibt es eine ganze Reihe grundlegender Fragen, die bisher kontrovers diskutiert werden und noch weitgehend unbeantwortet sind:

- Welchen Stellenwert möchte die Gesellschaft der wohlfahrtsstaatlichen Absicherung insbesondere ihrer schwächeren und benachteiligten Mitglieder einräumen?
- Wie soll in Zukunft das Verhältnis von Eigenverantwortung

der Individuen und wohlfahrtsstaatlichem Solidarprinzip ausbalanciert werden?

- Wie und nach welchen Regeln sollen die knapper werdenden Ressourcen verteilt werden?
- Werden ethische Kriterien gegenüber ökonomischen überhaupt noch ins Gewicht fallen?

Vor dem Hintergrund dieser Fragen werde ich nachfolgend den Prozess der Ökonomisierung in Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion in der gebotenen Kürze umreißen.

Hilfe, Staat und Markt

Wie Dörner in seinem Buch »Die Gesundheitsfalle« (2003) skizziert, lässt sich der Prozess der »Vermarktlichung« (S. 45) auf tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen zurückführen, die bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eingesetzt haben. Zu dieser Zeit wurden die Traditionen selbstverwalteten Helfens in der »Sozialgesellschaft« (S. 54) durch den Staat zunehmend ausgetrocknet. Aus der Verstaatlichung und Professionalisierung der Hilfe entwickelte sich das Prinzip des Sozialstaates. Diese konnte aber nur unter den Bedingungen eines ständigen wirtschaftlichen Wachstums und der Vollbeschäftigung funktionieren. Der zentrale Grund hierfür ist die offensichtlich unaufhaltsame Expansionstendenz des Medizinal- und Sozialsystems, das immerfort neue als behandlungs- oder rehabilitationsbedürftig deklarierte Krankheiten, Behinderungen oder psycho-soziale Auffälligkeiten generiert. Da sich aber seit etwa 1980 die Hoffnung auf ein andauerndes Wachstum der Wirtschaft als trügerisch erwiesen hat, stieß auch die Finanzierung des stetig wachsenden Bedarfs an Ressourcen des Medizinal- und Sozialsystems an seine Grenzen. Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, setzte der Staat in der Folge stärker auf die Wirtschaft, die dadurch in das Medizin- und Sozialsystem hinein expandierte. Durch die Anreicherung dieses Systems mit Marktelementen wird aus dem Sozialstaat, wie Dörner (2003, 55) schreibt, die Sozialwirtschaft. In einer Zuspitzung dieses Prozesses treten gegenwärtig gegenüber einer Orientierung am Wohl des Individuums gesamtgesellschaftliche Überlegungen und Kriterien in den Vordergrund. So werden im Medizinsystem Patienten »immer weniger als einzelne kranke Menschen betrachtet und behandelt, sondern immer mehr als Teil eines größeren Ganzen: als Träger »schlechter« Erbanlagen, als Kostenfaktoren im Gesundheitswesen oder einfach nur als Posten in einer Gesundheitsstatistik« (Kolb 1996, 9). Die Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung nach ökonomischen Gesichtspunkten ist zum »Dreh- und Angelpunkt der neuen Strategien zur Ausgabendämpfung im Gesundheitswesen der westlichen Industrieländer geworden«

(Kühn 1996, 120). Dieser Prozess hat vor den Systemen der Wohlfahrtspflege keineswegs Halt gemacht. Auf einige der gravierendsten Folgen dieser Entwicklung werde ich weiter unten eingehen.

Globalisierung und Neoliberalismus

Betrachtet man die ökonomischen und politischen Kontexte des vorab skizzierten Prozesses, kommt die sog. Globalisierung in den Blick. In einem engen Sinn wird unter Globalisierung in der Regel die weltweite Vernetzung ökonomischer Aktivitäten und Prozesse verstanden. In einem weiter gefassten Sinn verweist der Begriff der Globalisierung auf eine »Intensivierung wissenschaftlich-technischer, ökonomischer, politischer und kultureller Beziehungen (...), welche die Besonderheit aufweisen, nationalstaatliche Grenzen zu überschreiten und – zumindest der Tendenz nach – auch zu überwinden« (Butterwegge u. a. 2005, 45). Butterwegge zufolge bedeutet die Globalisierung in letzter Konsequenz eine Universalisierung der Konkurrenz und die Umwandlung der Erde in einen riesigen Markt.

Die ideologische Begründung der Globalisierung liefert der sog. Neoliberalismus. Hierbei handelt es sich um eine politisch-ökonomische Denkrichtung, die letztlich der Formel folgt: Weniger Staat – mehr Markt. Bourdieu (1998) zufolge vollzieht sich die Verwirklichung der neoliberalen Utopie »im Rahmen einer transformatorischen (...), destruktiven Arbeit, die mit allen politischen Mitteln (...) versucht, sämtliche *kollektiven Strukturen in Frage zu stellen*, die der Logik des reinen Marktes irgendwelche Steine in den Weg legen können« (S. 110 f.). Charakteristisch für den Neoliberalismus sind folgende Prozesse: Die – häufig durch nationale Interessen gesteuerte und forcierte – Internationalisierung der Güterproduktion und des Handels, die Liberalisierung der Finanzmärkte und der möglichst freie Fluß der Kapitalströme, die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und der Arbeitsverhältnisse, die Deregulierung staatlicher Schutzbestimmungen im Sozialbereich bis hin zur Ausdünnung und zum Abbau des Wohlfahrtsstaates, schließlich die Privatisierung und Individualisierung von gesellschaftlichen und sozialen Risiken sowie der Daseinsvorsorge. Dieses Spektrum zeigt, dass sich der Neoliberalismus von einer Wirtschaftstheorie hin zu einer Art Zivilreligion und Sozialphilosophie entwickelt hat, die weite Teile des gesellschaftlichen und individuellen Lebens durchdringt und zu verändern beginnt. Die Deregulierung ist eine wesentliche Komponente in diesem Prozess. Waren die staatlich eingreifende Regulierung der Wirtschaft und der Aufbau des Wohlfahrtsystems der Einsicht geschuldet gewesen, dass eine ungehemmte Wirtschaft die ohnehin bereits vorhandenen sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten verstärken, also zu einer Zuspitzung der »sozialen Frage« führten, so verfolgt die Deregulierung die umgekehrte Strategie. Sie forciert die Rücknahme staatlicher Eingriffe in die Mechanismen des Marktes, die eine soziale Abfederung zumindest seiner härtesten Folgen bezwecken.

Dabei kaschieren Begriffe wie »Liberalisierung« und »Deregulierung« die Tatsache, dass es keineswegs nur um eine Lockerung oder Auflösung wirtschaftshemmender Regelungen geht – vielmehr wird umgekehrt eine andere Logik implementiert, die anderen Regeln folgt, und dies unerbittlich: Den Regeln des Marktes. In diesem Sinne notiert Butterwegge (2005): »Durch die systematische Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung aller Lebensbereiche, deren Restrukturierung nach dem Marktmodell und die Glorifizierung seiner betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien und Konkurrenzmechanismen sollen neue Profitquellen erschlossen, aber auch rigidere Ordnungsprinzipien implementiert werden.« (S. 51) Folgen der Implementierung dieser Logik sind nicht nur die Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen und eine bedenkliche Entwicklung von Armut in den sog. Industrienationen mit- samt einer größer werdenden Kluft zwischen Arm und Reich, sondern auch eine zunehmende Marginalisierung weiter Teile der Bevölkerungen, die mittlerweile im Kontext der Debatten über Marginalisierung und Exklusion als die »Nutzlosen« oder »Überflüssigen« bezeichnet werden (vgl. Schroer 2001).

So ist es nicht verwunderlich, dass im Kontext der Globalisierungsdiskussion häufig auf die »Gefahr des Verlustes zentraler sozial-politischer Errungenschaften und sozial-ethischer Werte« (Wilken 2002, 57) verwiesen wird. Wollte man sehr pointiert formulieren, könnte man mit Blick auf die Eingliederung der Individuen in die Gesellschaft von einer Umstellung von Inklusion auf Exklusion sprechen. War ein gewisses Maß an wohlfahrtsstaatlicher Inklusion im 20. Jh. ein Grundpfeiler der Politik zumindest der meisten westeuropäischen Staaten, so zeichnet sich gegenwärtig die Tendenz ab, diese Orientierung durch eine eher partikulare, den einzelnen Menschen stärker auf sich zurückwerfende Sozialversorgung zu ersetzen, die de facto auf eine erhebliche Lockerung des sog. sozialen Netzes hinausläuft.

Ökonomisierung und die Sicherung sozialer Qualität

Im sozialen Sektor wird die Ökonomisierungsdiskussion vorwiegend im Kontext von Fragen der Qualitätssicherung geführt. Der Begriff der Qualität sowie Konzepte der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung haben in den vergangenen Jahren eine steile Karriere gemacht. Nun waren eine kritische Durchleuchtung und darauf folgende Versuche einer Erneuerung des Systems der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit ohne Frage lange fällig und sind dem Prinzip nach zu begrüßen. So hatte sich im Laufe der Jahrzehnte eine oftmals monopolistische Züge annehmende, bürokratische, schwerfällige und unflexible Wohlfahrtsindustrie mit einer strukturell-organisatorischen Eigendynamik herausgebildet, die sich nicht nur durch fehlende oder unzureichende Transparenz auszeichnete, sondern auch dadurch, oftmals an den tatsächlichen Bedarfen ihrer Schutzbefohlenen vorbeizuarbeiten. Die Fehlentwicklungen hatten aber auch eine ökonomische Seite. In dem tendenziell geschlossenen System der Behindertenhilfe wurde nämlich »unwirtschaftliches Verhalten

kaum erkannt und schon gar nicht sanktioniert« (Braun 2004, 33 f.). Wilken (1998) verweist auf Vorwürfe des Missmanagements, einen »Mangel an Effektivitäts- und Effizienzinteresse bei der verbandlichen Wohlfahrtsproduktion« (S. 226) und eine unglaublich gewordene »Sozial- und Wohlfahrtsrhetorik« (ebd.), die sich trotz unermüdlicher Wiederholung nicht mehr als handlungsleitend für die Praxis erwiesen habe. Es gibt somit durchaus auch fachliche Gründe für die Qualitätsdiskussion. In dieser Hinsicht erweisen sich somit das Fehlen von Transparenz bezüglich des Ressourceneinsatzes und -verbrauchs sowie das Fehlen von Marktkontrollen für die Ökonomisierung des Sozialen als besonders bedeutsam. Die Ökonomisierung kann demnach durchaus zu positiven Veränderungen führen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn vormals anbieterorientierte Strukturen durch eine stärkere Betonung einer – wie es im ökonomistischen Jargon heißt, der fast unbemerkt die Sprache der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit infiltriert hat – Nachfrage- und Kundenorientierung mehr auf die tatsächlichen Bedarfe der Menschen eingehen. In diesem Sinn könnte mehr Ökonomie tatsächlich zu mehr Menschlichkeit führen (vgl. Wilken 1998, 227). Soziale Leistungen sind Wilken zufolge weiterhin sozialpolitisch zu definieren, und zwar auf gerechtigkeithethischer Grundlage. Dabei kommt es nicht nur darauf an, spezifische Qualitätsstandards zu begründen, sondern auch, die Effektivität und die Effizienz von fachlichen Leistungen zu belegen, also ihre Wirksamkeit und ihre Wirtschaftlichkeit.

Nach Weber (2000) »kann eine ›Ökonomisierung‹ des sozialen Projekts eine Stärkung und Sicherstellung der Professionalität in den einzelnen Sparten des sozialen Projekts bewirken – ein Effekt, von dem letztlich der Betroffene profitieren sollte« (S. 14). Weber betont in einer diesbezüglich optimistischen Sicht der Dinge einen Gewinn an Transparenz und Nachvollziehbarkeit bezüglich erbrachter Leistungen, die Notwendigkeit, diese klarer zu definieren und so auch der Evaluation zugänglich zu machen. Insofern verfolgen die gegenwärtigen Veränderungsprozesse das Ziel, Leistungen transparenter, kalkulierbarer und auch evaluierbar zu machen. Dabei geht es um die Antwort auf Fragen wie: »Wer bekommt welche Leistungen? In welchem Umfang sind diese zu erbringen? Wer bestimmt den individuellen Leistungskatalog?« (Weber 2000, 13)

Allerdings gehen sachlich begründeter Innovationsbedarf und auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit eingeeengte Ökonomisierungstendenzen Hand in Hand und sind oft nur schwer entwirrbar. Denn die ökonomische Perspektive (die gleichermaßen einen expansiv zu nutzenden Markt wie herunterzudrosselnde Kosten im Visier hat) konnte sich problemlos an die durchaus bedenkenswerte Kritik an der institutionalisierten Wohlfahrtspflege anschließen. In einer Situation, in der die Einnahmen des Staates hinter seinen Ausgaben zurückbleiben, lässt sich die Forderung nach mehr Effizienz und Kontrolle gut mit dem Postulat der Rentabilität verbinden. Zweck der Veränderungen ist dann »die Straffung und Erhöhung der

ökonomischen Effizienz bzw. die Reduzierung der Kosten im Sozial- und Gesundheitsbereich« (Speck 1999, 22).

Die Bestrebungen, medizinische, pädagogische, sozialarbeiterische und rehabilitative Arbeit einer Qualitätskontrolle zuzuführen und Qualitätssicherung und -entwicklung zu ermöglichen, führt aber in einer fast paradoxen Wendung häufig zu Versuchen einer Quantifizierung, zumindest aber einer Verobjektivierung von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen. Und gerade an diesem Punkt können Ökonomisierungsbestrebungen hervorragend anschließen. Sie werden zum Einfallstor der Vermarktlichung des Sozialen. Hier kommen wieder die angesichts anhaltender Finanzprobleme seit einigen Jahren forcierten Versuche in den Blick, die Kosten einzudämmen. Dies geschieht nach Dörner (2003) vor allem durch die Einführung »exzessiver bürokratischer Fremdkontrollen (...), etwa durch immer neue Qualitätssicherungsinstrumente, ausufernde Dokumentationspflichten, Wissenschaftlichkeit suggerierende Leitlinien und patientenstandardisierende Methoden wie Fallpauschale und Disease-Management-Programm« (S. 554 f.). Dörner zufolge sind ein Verlust an Zuwendungszeit durch Ärzte und Betreuende, ein Vorrang formaler Korrektheit gegenüber Patienten Anliegen sowie eine schwerwiegende Verschiebung des sensiblen Gleichgewichts zwischen Selbst- und Fremdkontrolle die gravierendsten Folgen dieses Prozesses. Auf diese Weise wird eine Haltung zu »defensivmedizinischer Absicherung« (S. 56) gefördert sowie die Verschiebung der Verantwortung auf den Patienten »unter zynischer Berufung auf sein Selbstbestimmungsrecht« (S. 56). Die »Forderungen nach mehr Konkurrenz und Markt, die primär Gewinne schöpfen und nicht ein Gut bewahren wollen« bewegen sich, wie Dörner zu Recht hervorhebt, »im falschen Koordinatensystem« (S. 46).

Märkte, Waren, Kunden?

Ein weiterer wichtiger und oft genannter Kritikpunkt an den Ökonomisierungstendenzen ist die nur sehr begrenzte Quantifizierbarkeit sozialer Qualität. Qualität hat einen Prozesscharakter und ist untrennbar vom Interaktions- und Beziehungsgeschehen zwischen Betroffenen und Professionellen. Ärzte wirken ebenso wie andere Professionelle im Sozialbereich nicht einfach als Träger sozialer Rollen, sondern auch über ihre *Person* sowie über ihre *Beziehung* zum anderen, zum kranken, behinderten, in Not geratenen Menschen. Sicherlich haben auch soziale oder medizinische Dienstleistungen einen quasi technischen Aspekt, der durchaus im Sinne einer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definierbar und vielleicht sogar messbar ist. Dieser aber ist in ein übergreifendes, durch die beteiligten Personen wirksam werdendes Beziehungsgeschehen eingebettet. Der Professionelle ist kein »Dienstleister«, sondern er steht in einer dienenden Beziehung zu dem Menschen, der ihm in seinem Krank- oder Behindertsein, in seiner körperlichen, psychischen oder sozialen Not, in seiner Verletzbarkeit oder Abhängigkeit gegenübertritt. Die Dienstleistung für einen Kunden pflöpft sich auf die Begegnung mit

dem anderen, ohne dieses elementare Geschehen jemals ganz überlagern zu können. Deshalb klagen immer mehr medizinisch, pädagogisch oder sozial Tätige, deren Arbeitsabläufe messtechnisch qualitätsgesichert sind, über zu wenig Zeit, die sie für die Kommunikation mit ihrer Klientel zur Verfügung haben. Hier ist eine zentrale Dimension von Qualität angesprochen, die sich kaum definieren und sicherlich nicht quantifizieren lässt. Entsprechend stellt Matthiessen (2005) fest: »Freilich sind mitmenschliche Anteilnahme und Empathie, diagnostische Treffsicherheit, therapeutische Fantasie und professionell qualifiziertes Urteilsvermögen – aller gegenwärtigen Merkantilisierungsmanie zum Trotz – keine marktkompatiblen ökonomischen Größen. Ihre finanzielle Honorierung spielt nicht die Rolle eines Gegenwertes, sondern stets nur diejenige ihrer Ermöglichung. Dies gilt auch für das Gut Gesundheit, das eben nicht ein gesundheitstechnologisch herstellbares Produkt ist, das auf dem Feld vermarktungsfähiger ökonomischer Güter beheimatet ist.« (S. 96) Daher darf, wie Wilken (1998) in diesem Zusammenhang betont, trotz aller Bemühungen um Transparenz nicht das Bewusstsein verloren gehen, »dass die Dynamik ganzheitlicher und dialogischer Beziehungsprozesse ein tendenzielles Transparenzdefizit aufweist« (S. 228). Soziale Arbeit ist ein Prozess der Interaktion und Kommunikation zwischen Menschen, ein institutionalisiertes, zwischen Symmetrie und Asymmetrie schwankendes Beziehungsgeschehen. Dieses lässt sich nicht nach dem Modell der Bauanleitung für ein IKEA-Regal in kleinste Schritte zerlegen und operationalisieren. Es bleibt ein tendenziell sich der Transparenz entziehender Kern des Geschehens, eine Unverfügbarkeit, »die eine professionelle Face-to-face-Beziehung und damit die Intensität ihrer Qualität auszeichnen« (ebd.).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich auch die Bedenklichkeit des Begriffs des ›Kunden‹, der sich im Medizin- und Sozialbereich in kurzer Zeit festgesetzt hat und häufig merkwürdig unreflektiert verwendet wird. Jedoch haben Menschen Krankheiten, Behinderungen und psycho-soziale Probleme nicht, weil sie sich diese gewählt haben, wie man sich im Supermarkt für ein bestimmtes Produkt entscheidet. Krankheiten und Behinderungen sind Widerfahrnisse (also etwas, was uns ergreift, über uns hereinbricht, was wir erleiden) und nicht Optionen, für die wir uns frei entscheiden. Der kranke Mensch ist »kein Konsument, Nutzer, Verbraucher, Kunde oder Klient, er ist vielmehr ein in Not befindlicher Mensch, eben Patient, in der Regel voller Angst, in einer Ausnahmesituation, also weniger vertragsfähig als vertrauens- und verantwortungsbedürftig« (Dörner 2003, 50). Der Begriff des ›Kunden‹ ist auch insofern irreführend, als beispielsweise Menschen mit Behinderungen oder psychisch Kranke in der Regel keineswegs freiwillig mit entsprechenden Institutionen in Kontakt kommen. »Dies bezieht sich sowohl auf die Frage, ob sie überhaupt eine Dienstleistung beanspruchen möchten, als auch auf die Auswahl des konkreten Dienstleistungserbringers.« (Hartmann-Kreis 2000, 25) Schließlich ist der Begriff auch deshalb verfehlt,

weil es ein zentrales Anliegen der Wirtschaft ist, Kunden an Unternehmen, Produkte oder Dienstleistungen zu binden; demgegenüber müsste das Ziel der Behindertenhilfe und Sozialen Arbeit immer sein, die Lage hilfebedürftiger Menschen so weit zu verbessern, dass sie möglichst weitgehend unabhängig von Hilfe werden (vgl. Braun 2004, 35f.).

Analysiert man die Qualitätsdiskussion und die in ihr kursierenden Begriffe im Lichte der hier skizzierten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen, zeigt sich, dass sie im begründeten Verdacht stehen, entweder für die Kaschierung von Ökonomisierungsprozessen herhalten zu müssen, zumindest aber diese nolens volens zu transportieren. Betrachtet man die verschiedenen wirtschaftlichen und politischen Kontexte der Entwicklung, zeigt sich deutlich der Zusammenhang zwischen den neuen Qualitätsüberlegungen und den als vorrangig behandelten Ökonomisierungsinteressen – ein Zusammenhang, der nach Speck (1999) »die ursprüngliche, an mehr Lebensqualität orientierte Qualitätsentwicklung hinter sich lässt« (S. 37). Trotz aller Berechtigung der Kritik an althergebrachten Strukturen und der sinnvollen Einforderung von mehr Transparenz ist nicht von der Hand zu weisen, »dass das Soziale in vielen Bereichen einen Warencharakter erhält und sich eine Praxis entwickelt, in der lediglich lukrative Marktsegmente interessant sind mit der Folge, dass immer häufiger nur die wirtschaftlich rentierlichen Zielgruppen bedient werden. Diese Entwicklung könnte zu einem problematischen Paradigmenwechsel führen, nach dem nicht mehr das sozial Sinnvolle maßgeblich wäre, sondern lediglich das wettbewerbsfähige Soziale« (Wilken 1998, 227). Hierdurch kommt es zu einer gewissen Penetranz von Kosten-Nutzen-Rechnungen, die nicht nur eine humane, medizinische oder pädagogisch-therapeutische Qualität in Frage stellen und zu zerreiben drohen, sondern ein Denken befördern, das vorrangig nach den Kosten fragt, die einzelne Menschen verursachen, also einem Denken, das auch zu einer Ökonomisierung des Lebenswertes führen kann.

Ökonomisierung: Ausschluss der Letzten?

Vorab wurde bereits auf eine Reihe höchst problematischer Folgen dieser Entwicklung hingewiesen. Es kommen aber mindest noch weitere problematische Aspekte hinzu. Zum einen geht die Reduktion der öffentlich finanzierten Angebote mit einem Verlust bzw. einer Verringerung ihrer Qualität einher, wenn die wegbrechenden Ressourcen nicht über andere Wege gesichert werden können. Zum anderen bleibt überhaupt die Frage unbeantwortet, was aus jenen wird, die bei der angestrebten Eigenverantwortung für die eigene soziale Absicherung nicht mithalten oder die nicht als Kunden auftreten können, weil sie nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, als solche überhaupt auftreten zu können. Des Weiteren ist die äußerst problematische Konzentration auf die Unterstützung primärer Grundbedürfnisse zu nennen, die sich gegenwärtig abzeichnet. »Auffallend ist, dass sich Leistungserbringung und Qualitätssicherung vornehmlich

auf die direkt unterstützenden, pflegerischen Aspekte und Maßnahmen beziehen. Jene Leistungen, die sich aber auf die Gestaltung der individuellen Lebensplanung und der entsprechenden professionellen, flankierenden Begleitung bzw. Assistenz beziehen, finden in diesen Strategien entweder keine oder nicht genügend Berücksichtigung.« (Weber 2000, 15) Mit diesem Aspekt kommen jene in den Blick, die durch die gegenwärtigen Entwicklungen mit besonderer Härte getroffen werden: die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft. Denn der »Rationalisierungsdruck, der durch wirtschaftlichen Wettbewerb ausgeübt wird, benachteiligt vor allem ältere Menschen, Angehörige der unteren sozialen Schichten und Menschen mit starken, meist chronischen gesundheitlichen Einschränkungen« (Kühn 1996, 123).

Bei allen durchaus notwendigen und begrüßenswerten Aspekten bringt die Vermarktlichung auch erhebliche Gefahren mit sich, weil sie, wie es in dem vorangestellten Zitat von Bauman (1995) heißt, als Instrument dient, politisches Handeln von moralischen Zwängen zu befreien. Aus ökonomischer Sicht mag diese Befreiung gegenwärtig kaum aufzuhalten sein. In sozialem Hinsicht aber ist sie fatal und macht es erforderlich, ihr entschieden entgegenzutreten.

Literatur

- BAUMAN Z (1995) Postmoderne Ethik. Hamburg
- BRAUN H (2004) Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten. In PETERANDER F, SPECK O (Hrsg) Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. 2. Auflage München
- BOURDIEU P (1998) Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstandes gegen die neoliberale Invasion. Konstanz
- BUTTERWEGGE C, KLUNDT M, ZENG M (2005) Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Wiesbaden
- DÖRNER K (2003) Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München
- DÖRNER K (2004) Gesundheit in der Marktfalle. In GRAUMANN S, GRÜBER K (Hrsg) Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster
- HARTMANN-KREIS, S (2000) Der Unterschied zwischen Sportwagen und sozialen Dienstleistungen. Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. In BERNATH K (Hrsg) Qualitätsmanagement – vom Unterschied zwischen Sportwagen und sozialen Dienstleistungen. Luzern
- KOLB S (1996) Einleitung. In KOLB S (Hrsg) Fürsorge oder Vorsorge? Medizin zwischen Patientenwohl und Volksgesundheit. Frankfurt
- KÜHN H (1996) Zur Moral einer ökonomisch rationalisierten Medizin. In KOLB S (Hrsg) Fürsorge oder Vorsorge? Medizin zwischen Patientenwohl und Volksgesundheit. Frankfurt
- MATTHIESSEN PF (2005) Muss medizinische Versorgung neu gedacht werden? In Die Krankenversicherung, 4
- SCHROER M (2001) Die im Dunkeln sieht man doch. Inklusion, Exklusion und die Entdeckung der Überflüssigen. In Mittelweg 36, 5
- SPECK O (1999) Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München
- WEBER G (2000) Kommunikation im Paradigmenwechsel. Neue Tendenzen in der Arbeit und Begleitung von Menschen mit intellektueller Behinderung. In BERNATH K (Hrsg) Qualitätsmanagement – vom Unterschied zwischen Sportwagen und sozialen Dienstleistungen. Luzern
- WILKEN U (1998) Faszination und Elend der Ökonomisierung des Sozialen. In Blätter der Wohlfahrtspflege/Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, Heft 11 und 12
- WILKEN U (2002) Die Rückgewinnung einer (sozialen) Gerechtigkeitsperspektive angesichts von Individualisierung und Ökonomisierung des Sozialen. In GREVING H, GRÖSCHKE D (Hrsg) Das Sisyphos-Prinzip – Gesellschaftsanalytische und sozialpolitische Reflexionen in der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Markus Dederich

Universität Dortmund

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

44221 Dortmund