

Sozialepidemiologie und institutionelle Epidemiologie: eine Anmerkung zur Notwendigkeit der Umkehrung eines Paradigmas

Wambach, Max M.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wambach, M. M. (1987). Sozialepidemiologie und institutionelle Epidemiologie: eine Anmerkung zur Notwendigkeit der Umkehrung eines Paradigmas. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 11(2/3), 107-112. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266025>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

SOZIALEPIDEMIOLOGIE UND INSTITUTIONELLE EPIDEMIOLOGIE

EINE ANMERKUNG ZUR NOTWENDIGKEIT DER UMKEHRUNG EINES PARADIGMAS

MAX M. WAMBACH

Vorbemerkung

Obgleich die Sozialepidemiologie den Anspruch erhebt, den Zusammenhang zwischen Häufigkeitsbildern psychischen Leidens und den Merkmalen gesellschaftlicher Strukturen darzustellen, blendet sie den simplen Sachverhalt aus, daß die helfenden und kontrollierenden Institutionen die Konstitution des Leidens mitbestimmen, wenn nicht gar weitgehend formieren. Der Zusammenhang kann daher nicht als eine Art linearer Abhängigkeit, die lediglich in eine Richtung läuft, gesehen werden. Auch diejenigen Forscher, die die Sozialepidemiologie eher in einer gemeindepsychologischen Sichtweise zu begründen versuchen und deswegen die Institutionen als Thema einzubringen versuchen (vgl. Keupp 1982), haben keine praktische Perspektive und keinen methodischen Reflexionshorizont erreicht, aus denen heraus eine Epidemiologie der Institutionen (hier künftig als "institutionelle Epidemiologie" bezeichnet) als für Theorie und Praxis gleichermaßen notwendig erscheint. Weil die evolutive Wirksamkeit einer solchen Innovation noch nicht abgeschätzt werden kann, ist es zunächst gleichgültig, ob die institutionelle Epidemiologie als Ergänzung oder Gegensatz der Sozialepidemiologie gedacht wird.

Obwohl die Mehrzahl der psychologischen Praktiker mit sogenannten Einzelfällen beschäftigt ist und die Überzeugung wächst, daß die sozialepidemiologische Forschung auf die Subjektebene nicht verzichten kann, wird nicht versucht, einen theoretischen und methodischen Zusammenhang zwischen der Evaluation der institutionellen Bearbeitung des Einzelfalls und der Ermittlungsarbeit der Sozial-

epidemiologie herzustellen, wobei der Weg von der Evaluation von Dienstleistungen zur Kontrolle derselben durch die Nutzer von eminent praktischer Bedeutung wäre. Das Modell der Sozialepidemiologie hat bisher in einem enormen Ausmaß den Ausschluß der alltäglichen Lebenswelt genauso wie den der institutionalisierten Konstitution (bzw. Formierung) von Leiden in Kauf genommen, was insbesondere dann, wenn sich das sozialepidemiologische Modell mit dem Risikofaktorenmodell komplettiert, entgegen seinem neueren Anspruch, zu grotesken Abstraktionen geführt hat.

Die folgenden Betrachtungen beabsichtigen daher auf einer theoretisch-methodischen Ebene zu zeigen, weshalb und wie das bisherige Paradigma der Sozialepidemiologie umzukehren bzw. zu ergänzen ist. Mir scheint es wenig sinnvoll zu sein, immerzu von einer Sozialepidemiologie im Interventionsfeld der Gemeinde zu sprechen, solange nicht einmal ansatzweise die Möglichkeiten einer institutionellen Epidemiologie erörtert worden ist.

Die Spur der Institutionen

Es gibt keine spurlose Praxis der Institutionen; eine wirksame Institution kann nicht den Pelz waschen, ohne ihn naß zu machen. Die "Gebrauchswertseite" einer Institution läßt sich nicht isolieren; sie bleibt eingebunden in eine soziale Ökonomie aus gesellschaftlich produzierten Belastungen, besonderen Hilfsbedürftigkeiten, institutionalisierten Vorsorgen, infrastrukturellen Verhaltungen, individuellen Inanspruchnahmen, finanziellen Entgeltungen usw. Diese Ökonomie ist bei jeglicher Interaktion von Klienten und Institutionen vorausgesetzt und weder praktisch noch theoretisch oder politisch nach einer Seite hin auflösbar, schon gar nicht hinsichtlich der ureigenen Bedürfnisse oder der eigentlichen Leiden des Klienten. So verständlich solche liberale Wunschreaktion aus dem *dégoût* angesichts des vorherrschenden Stils der Vergesellschaftung erscheint, so wenig tragfähig ist sie unter theoretischen und politischen Aspekten. Das gilt ganz entschieden für das psychische Leiden, das die Epidemiologie mit Merkmalen gesellschaftlicher Strukturen verbindet, es freilich paradoxerweise von der institutionellen Konstitution separiert und als "reines Leiden" mit sozialen Daten verbindet.

Die Eingebundenheit in das Netz von Institutionen ist unmittelbar die "zweite Natur" der Vergesellschaftung des Betroffenen, hinter der kein Wunsch nach einsamer Individuation und autonomer Bewältigung des Leidens zurückreicht. Im Grunde folgt die Sozialepidemiologie unerklärtermaßen einem Konzept, das einen Pro-

zeß individuierender Vergesellschaftung unabdingbar voraussetzt.

Die Institutionen haben sich und sind als solche - zumindest für "uns" - diskreditiert. Das ist ein tiefsitzender Affekt, für den wir aber gute, allgemein bekannte und anerkannte Gründe haben. In bester Gesellschaft befindlich, kritisieren wir die Neigung der Institutionen zur Totalisierung, benennen ihre iatrogenen Effekte, verweisen auf die Hospitalisierungsschäden, auf versorgungsfremde Eigenlogiken, Angebotseffekte usw., indessen sind wir gehemmt über das bisher erreichte analytische Niveau, eine institutionenkritische Verbindungslinie zur Sozialepidemiologie zu ziehen. Eine Sozialepidemiologie ist dann schiere Irreführung, wenn sie Sozialbedingtes oder Sozialgegebenes nicht in seiner institutionellen Produziertheit begreift, sondern als unabhängig, selbstverständlich oder "natürlich" setzt und dann mit isolierten biologischen, psychischen und ähnlichen Daten statistisch verbindet. Dann nämlich wird der Bezug auf Sozialbedingtheit und Prozeßhaftigkeit zum bloßen Gerede. Wenn gegenwärtig noch ernsthaft über Sozialepidemiologie gesprochen werden soll, dann nur dann, wenn gleichzeitig eine institutionelle Epidemiologie entwickelt wird.

Auf die Gefahr hin, mich zu wiederholen, möchte ich noch einmal ausdrücklich feststellen: Obwohl sie unbestrittenermaßen die Bedeutung der gesellschaftlichen Prozesse zur Formierung des Nachfrageangebots und damit der sozialen Konstituierung des Leidens wieder entdeckt hat, interpretiert die Sozialepidemiologie diese weiterhin als Produkt kausaler und eindimensionaler Abläufe, mithin also als ätiologische Daten, die sich außerhalb und selbstverständlich ver- gegensätzlich zur intervenierenden Institution befinden. Analytisch erforderlich ist jedoch eine völlig entgegengesetzte, realistische Perspektive, die auf die Formel gebracht werden kann: die institutionelle Organisation der Interventionsweise bestimmt und formt erst jegliche Nachfrage als soziale Nachfrage. Die Institution greift in der Form von Interaktion mit den Klienten gestaltend ein und entwickelt bereits die "Artikulationsform" des Leidens.

Insofern ist die Umkehrung des Paradigmas der Sozialepidemiologie das Gebot der Stunde. Eine Umkehrung verlangt indessen nicht bloß die Ersetzung sozialer Ursachen durch institutionelle, sondern sie erfordert grundsätzlich eine zugleich permanente und strikte Kritik des kausalen, einseitigen, ätiologischen Ansatzes. Die Umkehrung verlangt mithin auch einen strikten Wechsel methodologischer Art. Sie muß von der Überlegung ausgehen, daß die Nachfrage und Artikulation nur auf der Basis des Vorhandenseins der Institution formiert wird. Nur in der direkten oder indirekten, beispielsweise nur symbolischen oder anti-

zipierenden Aktion zwischen Institution und Klient gewinnt das, was als sozial negativ definiert wird, beispielsweise die verschiedenen Formen von Devianz, einen kodifizierten Zusammenhang, innerhalb dessen Handlungen und Verhaltensweisen interpretiert bzw. entziffert werden. So gesehen ist eine Sozialepidemiologie üblicher Art eine im Grunde belanglose Angelegenheit, wenn sie nicht von einer institutionellen Epidemiologie ergänzt oder ersetzt wird.

Aus der Umkehrung des Paradigmas ergibt sich notwendigerweise eine zweite Perspektive, die hinsichtlich der Evaluation der Institution und ihrer Kontrolle durch die Nutzer von außerordentlicher methodischer und praktischer Bedeutsamkeit ist. Das Denken über die Wirksamkeit von Institutionen wird von eingeschliffenen Modellen und Maßstäben der Organisationstheorie (selbst dann, wenn diese nicht expliziert werden) beherrscht, die die Daseinsberechtigung und die Zweckmäßigkeit nahezu jeder institutionellen Organisation beweisen. Die organisationstheoretischen und organisationssoziologischen Interpretationen der Probleme, die im Verhältnis von Klient und Institution entstehen, gehen stets von einer gegebenen Organisationsform aus, um deren Beziehungen mit der Außenwelt bzw. der Umwelt, in Größen wie Ausmaß und Effektivität der Einflußnahme, funktionale Angemessenheit der Interventionstechnologie, Adäquatheit des Personaleinsatzes zu bestimmen. Diese Perspektive nimmt das soziale Mandat der Institution als etwas ein für allemal Vorgegebenes an, indem sie es vom Element der historisch gesellschaftlichen Zweckbestimmung säubert und nach den Kriterien formaler Rationalität beurteilt, in gewisser Weise also den Klienten als Subjekt eliminiert. Die Zweck-Mittel-Relation, die in mancher modernen institutionellen Organisation dem schieren Äquivalenzfunktionalismus folgt, wird sozusagen verewigt. Dem entspricht als komplementäre Position die übliche Annahme, die Klienten seien etwas gegenüber der Institution Fremdes, Außerliches, im Vorfeld befindliche Leute mit vorgegebenen Leiden.

Evaluation und institutionelle Epidemiologie

So existieren also der Diskurs über die Wirksamkeit der Institutionen, der Diskurs der Sozialepidemiologie und der über den Einzelfall nebeneinander, wobei sie sich in ihrer jeweiligen finalen Perspektive und ihrem jeweils äquivalenten Funktionieren gegenseitig stützen. Miteinander ebenso unverbunden laufen die Diskurse über Evaluation (vgl. Krauss in Keupp 1982) und über Nutzerkontrolle (Rerrich in Keupp 1982); wohingegen eine reflektierte antiinstitutionelle Selbsthilfepraxis diesen Zusammenhang zu thematisieren beginnt (vgl. Stöckle 1983). In dem Augenblick, wo die Devianz bzw. das Leiden des Nutzers einer In-

stitution nicht als innerpersönliche Gegebenheit, sondern als sozialbedingt und prozeßhaft aufgefaßt wird, ist auch das Verhältnis zwischen der Institution und ihrem Nutzer als ein dynamisches und transformatorisches Beziehungsfeld anzusehen, das nur als Prozeß gesehen recherchiert werden kann. An solche Einsichten knüpfen übrigens die belangvolleren Interpretationen derjenigen institutionellen Transformationsprozesse an, die entscheidende Veränderungen im Status der Klienten herbeigeführt haben (vgl. Kardorff 1986).

Wenn es um "Betroffene" geht, so sind es die professionellen Helfer linker Observanz gewohnt, nicht nur politischer Zielsetzungen halber, sondern auch in theoretischer Hinsicht, mit einer Anthropologie des Opfers zu arbeiten: Sie projizieren die soziale Wirklichkeit ihrer Klienten so vollständig auf Institutionen, Disziplinen und ihre eigene Profession, daß für die betroffenen Subjekte nur noch positive Unterstellungen übrig bleiben. Das macht viele theoretische Ansätze unrealistisch und fragwürdig; insbesondere gilt dies für das Konzept der Nutzerrolle, deren fallweise Evaluierung für eine institutionelle Epidemiologie unabdingbar wäre.

Das Modell der Fallanalysen, das im Rahmen einer institutionellen Epidemiologie zu entwickeln wäre, stellt selbstverständlich ein experimentelles Wagnis dar, weil man nicht sicher sein kann, inwieweit oder ob es überhaupt funktioniert. Zunächst heißt es, sich von dem, was als Ideologie des Einzelfalles die Sicht versperrt, vollständig zu lösen und den Fall als singulären Fall des Möglichen zu begreifen, der in zwei analytische Dimensionen "zerfällt": der epidemiologischen Rekonstruktion im traditionellen Sinne wird die Rekonstruktion im Sinne einer institutionellen Epidemiologie mit explizit indikatorischer Funktion gegenübergestellt, die die Intervention im Hinblick auf ihre Leistung bei der Konstitution und Festlegung (Alternativlosigkeit) zu interpretieren hat.

Übrigens scheint es denkbar, nicht nur über Evaluation per Fall-Analyse die Voraussetzungen einer institutionellen Epidemiologie aufzubauen, sondern dieses Feld mit dem Risikofaktorenmodell zu verbinden: In Umkehrung der Hierarchie der Risikofaktoren müßten diejenigen als erstrangig angesehen werden, die sich für die Klienten aus der Interaktion mit der Institution ergeben.

Institutionelle Epidemiologie und Nutzerkontrolle

Wenn Nutzerkontrolle sich auf ein Dispositiv der Gegenkontrolle gründen und sich nicht in rein advokatorischer Recherche und Interessentenpolitik erschöp-

fen will, dann wird sie ohne institutionelle Epidemiologie, die die negativen Folgen von Vergesellschaftung sozusagen in Permanenz reflektiert, nicht auskommen können. Will eine Nutzerkontrolle, die beispielsweise mit der Entwicklung und Durchsetzung von Patienten- und Klientenrechten experimentiert, nicht in der Gefangenschaft eines juridico-medizinischen Diskurses verbleiben, täte sie schon aus praktischer Vernunft gut daran, das Projekt einer institutionellen Epidemiologie aufzugreifen.

LITERATUR:

KARDORFF, E.v.: Klienten. In: GRUBITZSCH, S. & REXILIUS, G.: Psychologie. Ein Grundkurs. Reinbek 1986

KEUPP, H.: Sozialepidemiologie. In: KEUPP, H. & RERRICH, D.: Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München 1982

KRAUSS, W.: Evaluation. In: KEUPP/RERRICH 1982

RERRICH, D.: Nutzerkontrolle. In: KEUPP/RERRICH 1982

STOCKLE, T.: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfeorganisation von Psychiatrieopfern. Frankfurt a.M. 1983

Max M. Wambach
Kohlhökerstraße 62
2800 Bremen