



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**„ Andersartige “ in der Gemeinde
der „ Normalen “ :**

Die Bewältigung von Stigmatisierung
bei psychisch erkrankten Menschen
mithilfe eines Kooperationskonzepts .

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von:



Matrikelnummer:



URN:

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2013-0172-2

Betreuer:

Prof. Gabriele Claßen

Prof. Willi Neumann

Tag der Einreichung:

19.04.2013

Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Thematik der Reduzierung von Stigmata und bietet einen Vorschlag zur Bewältigung von Stigmatisierung.

Der erste Gliederungspunkt beinhaltet eine Einführung, die einen kurzen Überblick verschafft, warum diese Thematik nicht an Aktualität verliert.

Der kommende Gliederungspunkt beschreibt die Vorgehensweise der Verfasserin; dies bedeutet die einzelnen Schritte der Vorbereitung bis hin zum Verfassen der Bachelorarbeit.

Der dritte Inhaltspunkt widmet sich den Basisinformationen über Stigmatisierung. Die Basisinformation beinhalten unterschiedliche Definitionen, historische Prägungen beziehungsweise Veränderungen, die gesellschaftlichen Auswirkungen und den Prozess einer Stigmatisierung. All diese Punkte werden aus verschiedenen fachlichen Blickwinkeln betrachtet und beleuchtet.

Darauf folgend werden die einzelnen Interventionsmöglichkeiten erörtert und veranschaulicht; hierbei spielen die drei häufigsten Interventionen gegen Stigmatisierung: Protest, Aufklärung und direkter Kontakt eine wichtige Rolle. Darüber hinaus werden die Studien zu jener Thematik verkürzt und zusammengefasst dargelegt sowie auch kritisch beleuchtet.

Der fünfte Gliederungspunkt bezieht nun die spezifische Thematik der Gemeindepsychiatrie mit ein. Zuerst wird die Gemeindepsychiatrie mit verschiedenen Definitionen, Hintergründen und Grundinformationen abgebildet. Danach folgt die Verknüpfung mit der Stigmatisierung und deren Folgen auf eine gemeindenahere Versorgung. Dabei stellt sich die Verfasserin die Frage, ob eine Gemeindepsychiatrie überhaupt erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn psychisch erkrankte Menschen anscheinend stigmatisiert werden. Hierzu werden verschiedene Studien betrachtet, die sich mit der Thematik der Meinungsbilder in der Gesellschaft über psychisch erkrankte Menschen beschäftigt.

Als vorletzter Inhaltspunkt wird ein Kooperationskonzept, von der Verfasserin nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen erstellt, vorgestellt. Das Kooperationskonzept wurde im Auftrag einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung in Wiesbaden, mit dem Ziel eine Kooperation zu einem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden zu schließen, geschrieben.

Der Gliederungspunkt sechs ist in die einzelnen Phasen der Erstellung eines Kooperationskonzeptes gegliedert, um eine Übersicht über die mehrdimensionale Arbeit zu veranschaulichen.

Der letzte Punkt der Bachelorarbeit stellt eine Zusammenfassung dar und bezieht sich auf jene Aussagen der Einführung in der Bachelorarbeit. Darüber hinaus soll klargestellt werden, welche Veränderungen oder Schwierigkeiten die Verfasserin am bisherigen gesellschaftlichen Leben und der Gemeindepsychiatrie sieht.

Diese Bachelorarbeit soll eine neue Sichtweise auf psychisch erkrankte Menschen darstellen und die Menschen zum Nachdenken über ihr eigenes Verhalten animieren.

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of reduction of stigmata and provides a coping opportunity of stigmatization.

The first part consists of the introduction, in order to give a short overview, and to explain the importance of this topics and its actual significance.

In following part describes the author's approach, every individual part from the preparation to the composing of this bachelor thesis.

Within the third part is concentrated on basic information about stigmatization. The basic information include different definitions, historic impressions or changes, the socially consequences and the process of stigmatization.

Further, the separate interventions are analyzed and illustrated; at this juncture the three frequently interventions play an important role: protest, educational advertising and direct contact. More over it, some studies of this topic will be presented in a shortened and combined way.

The fifth part includes the community psychiatry within this specific topic. At first, the community psychiatry is defined by different characteristics, background and basic information. In the following stigmatization and its outcomes for a closely community provision are combined. Although the writer challenges that community psychiatry can be successfully implemented, while mentally ill people are apparently stigmatized.

Therefore, different studies are considered, in order to generate the societies' view on this topic and on mentally ill persons.

In addition, the author describes a concept of cooperation. This concept was constructing with the newest scientific insights about the coping from stigmatization.

The cooperation concept was demanded by the community psychiatry in Wiesbaden, with the aim to draw cooperation with a voluntary center in Wiesbaden.

Part six of this paper is giving an overview of the creation of this cooperation concept, in order to show the multiple dimensions of the thesis.

The last part of this bachelor paper summarized the main arguments and builds up a conclusion. Furthermore it should clarify, which changes or challenges the author identifies in the previous social life and in community psychiatry.

This bachelor thesis should open a new perception of mentally ill people and should motivate to meditate about own behavior.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in das Thema „ Die Bewältigung von Stigmatisierung bei psychisch erkrankten Menschen“	1
2. Methodik der vorliegenden Arbeit	2
3. Das Stigma der „Andersartigen“ in der Gemeinde der „Normalen“	4
3.1 Definitionen des „Stigmas“	5
3.2 Die Historik der Psychiatrie und der Entwicklung von Stigmata.....	6
3.3 Die gesellschaftlichen Aspekte des Stigma – Hintergründe, Aufgabe und Attribute der Stigmatisierung.....	9
3.4 Der Prozess einer Stigmatisierung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Stigmatisierten.....	12
4. Die Bewältigung von Stigmatisierung- Interventionen zur Reduzierung von Stigmata	15
5. Stigmas der psychisch erkrankten Menschen in ihrer Gemeinde	17
5.1 Einen Hintergrundwissen von Gemeindepsychiatrie	18
5.2 Stigmata und ihre Bedeutung für die gemeindenahen Versorgung	21
6. Ein Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden – „Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“	28
6.1 Definitionen des ehrenamtlichen Engagements beziehungsweise der Freiwilligenarbeit	28
6.2 Die Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements für eine Reduzierung von Stigmata	30

6.3 Das Kooperationskonzept- von der Analyse bis zum schriftlichen Konzept	32
6.3.1 Die Definition des Konzeptes	
6.3.2 Phase 1 Die Analyse der Kooperationspartner	
6.3.3 Phase 2 Die Strategie des Vorgehens	
6.3.4 Phase 3 Die kreative Leitidee	
6.3.5 Phase 4 und 5: Die operativen Vorlagen und die endgültige Umsetzung des Konzeptes	
7. Der Schluss – Die Bewältigung von Stigmata in der Welt der „Normalen“ ?!	40
Quellenverzeichnis	41
Anhang	53
Eidesstaatliche Erklärung	

1. Einführung in das Thema

„ Die Bewältigung von Stigmatisierung bei psychisch erkrankten Menschen“

"Wenn wir bedenken, dass wir alle verrückt sind, ist das Leben erklärt."

(MELZER [ohne Jahreszahl], o.S.).

Dieses Zitat von Mark Twain kritisiert eine gesellschaftliche Einstellung und deren Vorurteil belegten Ansichten gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Mark Twain dreht daher jene Einstellung der Gesellschaft um und betitelt damit jeden in der Gesellschaft lebenden Menschen als einen „Verrückten“. Darüber hinaus könnte man durch die These das Leben erklären. Die Frage ist hierbei, ob diese Aussage der Schlüssel zu einer „ohne Vorurteile belegten“ Gesellschaft sei. Der Schlüssel zu einer Welt ohne Scheu und eingenommenen Meinungen über Menschen mit Besonderheiten, die mit uns ein Recht auf eine Teilhabe in der Gesellschaft haben.

Der jetzige Stand der Gesellschaft sei, dass uns jeden Tag zum Beispiel umgangssprachlich Aussagen begegnen wie „ Wie verrückt ist das denn ...“ oder „ ...ist das nicht irre?“. Genauso spiegelt sich dies in den Medien wie zum Beispiel in einem Onlineartikel wider, wo der Tierarzt Dr. Hansjörg Schilling, Vorstandsmitglied des Vereins „Leben bewahren zum Schutz von Umwelt, Natur und Tieren und ihrer Rechte international“, den Pferdefleischskandal folgend beschreibt:

„(...) Werden hier nicht **schizophrene** Züge unserer Gesellschaft sichtbar? Besteht der eigentliche Skandal nicht darin, dass wir zwar keine Pferde, Hunde und Katzen essen wollen, andere Tiere aber schon?“ (LENGSELD 2013 o.S.).

Dass die Schizophrenie eine psychische Krankheit ist und nicht eine Metapher darstellt für „gespaltene Züge unserer Gesellschaft“, wird häufig nicht beachtet oder auch nicht bewusst wahrgenommen sowie dass hinter solchen Aussagen Stigmatisierung stecken könnte.

Die bedeutende Tatsache sei, dass durch die Reformierung der Psychiatrien psychisch erkrankte Menschen ein Recht auf eine Teilnahme an der Gesellschaft haben und genauso ein Recht haben in einer Gemeinde, Stadt oder Metropole zu leben. Das jedoch diese Rechte ihnen durch eine häufig nicht vorhandene Akzeptanz und eine Stigmatisierung ihrer Besonderheit erschwert werden, wird oftmals übersehen.

Diese vorliegende Arbeit soll die Problematik darstellen, dass zwar Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Gemeinden leben, jedoch nicht die Chance einer Teilhabe in der Gemeinde, durch Stigmas gegenüber ihrer Personengruppen, haben.

Wenn diesen Stigmata nicht entgegengewirkt werden, wird eine umfassende Umsetzung der Forderungen der Psychiatrie Enquete, die gemeindenaher Versorgung und die Forderungen der UN Konvention 2008, „das Recht auf unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gemeinschaft“ (ROTHFITZ 2010, S. 467), nicht erfolgen.

Darüber hinaus wird die Arbeit eine Intervention darstellen, um eine Reduzierung von Stigmata zu erreichen. Dies geschieht durch ein Kooperationskonzept zwischen einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsanbieter und einem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden.

Der folgende Gliederungspunkt erläutert die Vorgehensweise bei jener Ausarbeitung und besondere Hinweise bezüglich des Verstehens von Begrifflichkeiten.

2. Methodik der vorliegenden Arbeit

Das Thema der Stigmatisierung wurde aufgrund des Facettenreichtums, der Aktualität und der persönlichen Erfahrungen gewählt. In der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen, während der Ausbildung und dem Praktikum, fiel die Thematik der Ausgrenzung von psychisch erkrankten Menschen aus der Gesellschaft immer wieder in Augenschein. Dieses Gefühl als Teil der Gemeindepsychiatrie nichts gegen diesen Zustand tun zu können und den Menschen mit Besonderheiten nicht das gleiche gesellschaftliche Leben bieten zu können, sei auch sehr frustrierend für die eigene Arbeit. Um einer beruflichen Frustration sowie einer weiterführenden Isolierung von psychisch erkrankten Menschen entgegenzuwirken und die Forderungen einer Gemeindepsychiatrie gerecht zu werden, hat sich die Verfasserin für das Thema der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen entschieden.

Um das vielfältige Thema der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen ausführlich darzulegen, benötigt es einige Erläuterungen, Definitionen, Theorien, Interventionen, wissenschaftliche Studien und Erfahrungsberichte. Diese Menge an Informationen wurde während der Vorbereitung zu dieser Arbeit durch eine Literaturrecherche in der Deutschen Nationalbibliothek Frankfurt am Main, an der Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg und im Internet abgeleistet. In diesem Zusammenhang wurde nach folgenden Themenbereichen recherchiert: Stigmatisierung,

Entstigmatisierung, Gemeindepsychiatrie, Enthospitalisierung, Schizophrenie, UN Behindertenrechtskonvention und Kooperationskonzept.

Die gefundene Literatur wurde wiederum nach bestimmten Kriterien selektiert, da sonst die Masse an Schriftgut zu weitläufig gewesen wäre. Die Kriterien beinhalteten eine zeitliche Einschränkung; dies bedeutet, zu dieser Ausarbeitung wird keine Literatur verwendet, die älter als dreißig Jahre ist, außer die Standardwerke der Stigmatisierung. Weiterführend wurden Studien ausgewählt, die in Deutschland ausgeführt wurden, um eine Transparenz der Stigmatisierung in „unserem“ Versorgungssystem beziehungsweise „unserer“ Gesellschaft darzustellen. Zu kritisieren sei in diesem Bezug, dass die aktuelleren Publikationen sich meist auf ältere Literatur beschränken.

Nach einer umfangreichen Literaturrecherche wurde das Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden verfasst. Die genauer Erläuterung zur Methodik des Kooperationskonzeptes wird im Gliederungspunkt sechs: Ein Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden – „Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“ ' konstatiert.

Danach folgte die Systematisierung eines Inhaltverzeichnisses in Absprache mit Professorin Claßen und das Verfassen der Bachelorarbeit.

Des Weiteren ist es essentiell, Hinweise bezüglich der Ausarbeitung zu geben. Diese Hinweise beziehen sich auf die schriftliche Verarbeitung mancher Begrifflichkeiten.

In der Ausarbeitung wird für den Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung, die Wortwahl des „psychisch erkrankten Menschen“ verwendet. Diese Wahl wurde statuiert, um einer Diskriminierung oder Stigmatisierung entgegenzusetzen und wird zum Beispiel aktuell im „Aktionsbündnis seelische Gesundheit“, einer deutschen Initiative zur Unterstützung von seelischer Gesundheit, verwendet (AKTIONSBÜNDNIS SEELISCHE GESUNDHEIT 2013, o.S.). Der Wortlaut impliziert, dass der Mensch an einer Krankheit leidet, die sich auf sein psychisches Empfinden bezieht. Unterdies sollte man auch noch darlegen, wer als psychisch erkrankter Mensch gilt. Hierzu gibt es eine Definition von der UN Behindertenrechtskonvention, die wie folgt lautet:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, **seelische**, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung

mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“¹ (BEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE BELANGE BEHINDERTER MENSCHEN 2010, S. 12).

Demgegenüber steht eine Definition aus dem Jahr 1973 von WIESER (1973, S.13), von der sich die Verfasserin klar distanziert: „Als psychisch krank werden solche Personen bezeichnet, die in einem gegebenen Zusammenhang von den Beteiligten dafür gehalten werden und mit denen die Umwelt wie mit einem psychisch Kranken umgeht“. Diese Definition stellt dar, dass es in der Geschichte einen positiven Wandel des Wissens und der Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu verzeichnen sei. Ebenfalls wird die folgende Wortwahl in jener Ausarbeitung benutzt: „Menschen mit Besonderheiten“. Dies soll keinesfalls eine Ausgrenzung darstellen, sondern nur darlegen, dass der genannte Personenkreis etwas Besonderes an sich hat, ohne dies positiv oder negativ zu bewerten.

Der letzte Hinweis zu der Formulierung der Arbeit, stellt den Aspekt des „Gender“ dar. Hierzu sei zu beachten, dass alle geschlechtsspezifischen Wörter in neutraler Gestalt genannten werden, um einer geschlechtsspezifischen Diskriminierung von Gruppen oder Personen entgegenzuarbeiten.

Im kommenden Gliederungspunkt wird der vordergründige Gedanke dieser Arbeit genauer erläutert: „Das Stigma von psychisch erkrankten Menschen“.

3. Das Stigma der „Andersartigen“ in der Gemeinde der „Normalen“

Der Wortlaut von Stigma kann für Außenstehende befremdlich wirken und die Bedeutung ist Ihnen eventuell unklar. Doch die Gesellschaft begegnet jeden Tag Stigmata oder praktiziert die Stigmatisierung. Die Frage, mit dem sich jener Gliederungspunkt beschäftigt sei: Was ist ein Stigma, wie spiegeln sich Stigmata in der Geschichte wider und was könnten Ursachen und Folgen davon sein? Die folgenden Seiten sollen eine verständliche Übersicht über eine alltägliche Handlung in unserer Gesellschaft geben.

¹ siehe Anhang 1.

3.1 Definitionen des „Stigmas“

Ein Wort das kaum jemand kennt, jedoch für die Stigmatisierten eine große Tragweite haben kann. Daher zu Beginn eine Erläuterung aus der sprachwissenschaftlichen, soziologischen und psychologischen Perspektive des Wortes „Stigma“.

Die Herkunft des Wortes wird von dem lateinischen beziehungsweise griechischen Wort „Stigma“ abgeleitet und bedeutet „Zeichen; Brandmal und ursprünglich Stich“ (BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT GMBH 2013, o.S.). Im Duden wird Stigma folgend abgebildet:

„(bildungssprachlich) etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderem unterscheidet; (katholische Kirche) Wundmal von Stigmatisierten; (früher) Sklaven zur Strafe bei schweren Vergehen eingebranntes Brandmal;(Botanik) Narbe;(Biologie) Augenfleck;(Zoologie) Atemöffnung bei Insekten, Spinnen, Tausendfüßlern“ (BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT GMBH 2013, o.S.).

Wie man anhand dieser sprachlichen Abbildung erkennen kann ist der Begriff „Stigma“ sehr weitläufig. Darüber hinaus findet man in älteren Lexika und Wörterbücher das Wort „Stigma“ nur im Zusammenhang mit den botanischen, biologischen und theologischen Erklärungen wieder (GRAUSGUBER 2005, S.19).

Demgegenüber wird in einem soziologischen Wörterbuch Stigma betitelt als

„Merkmal durch das eine Person sich von den für die Personenkategorie, der sie angehört, geltenden Standards physischer, psychischer und/oder sozialer Normalität (d.h. von ihrem sozialen Typus) negativ unterscheidet, das sie in ihrer soziale Identität gefährdet und das sie somit von vollständiger sozialer Akzeptierung ausschließt. In unserer Gesellschaft wirken etwa Merkmale wie ‚blind‘, ‚unehelich‘, ‚vorbestraft‘ als S.“ (BISLER 2011, S. 658).

Diese Perspektive auf das Wort stellt eine andere Seite des Begriffes und des Wortlautes dar, jedoch nun noch die Erklärung des Wortes aus einem Psychologie Lexikon:

„ 3. Entartungs-(Degenrations-)Zeichen (z.B. Hasenscharte)“ (SCHUBERT 2007, S. 2220). Zusammengefasst aus drei Fachbereichen sei ein Stigma ein Zeichen; ein Brandmal, das die betreffende Person negativ kennzeichnet und in der Gesellschaft somit ausschließt. Daraus kann man wiederum ziehen, dass eine Person beziehungsweise ein Personenkreis, die mit einem Stigma belegt sind, anders sind als die sogenannten „Normalen“.

Der sogenannte Vater des heutigen Begriffes „Stigma“ ist Erving Goffman. Er beschreibt Stigma, als ein Attribut „besonders dann, wenn seine diskretierende Wirkung sehr extensiv ist; manchmal wird es auch ein Fehler genannt, eine Unzulänglichkeit, ein Handikap. Es konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen „virtueller und aktueller sozialer Identität“ (GOFFMAN, 1975 S. 11). Eine „virtuelle soziale Identität“ sei hierbei eine Auffassung und Annahmen über psychisch erkrankte Menschen und eine „aktuelle soziale Identität“ sei wenn wirklich das Charakteristikum vorhanden ist (GOFFMAN 1975, S.10). Hierzu setzt GOFFMAN (1975, S. 12f.) noch hinzu, dass es diskreditierte und diskreditierbare Stigmaträger gibt, dies bedeute der diskreditierte Stigmaträger hat visuelle Anzeichen und der diskreditierbare Stigmaträger hat unsichtbare Merkmale, die er versucht geheim zu halten (GROß 2000, S. 8). Durch diese Geheimhaltung zieht sich der Stigmaträger zurück und es entsteht eine eigen hergestellte Isolierung ausgelöst durch ein Stigma. In diesem Zusammenhang definierte GOFFMAN (1975, S.12 f.) noch drei Typen von Stigmen: körperliche Entstellungen, „individuelle Charakterfehler und phylogenetische Stigmata“. Diesbezüglich meint er zum Beispiel Körperbehinderungen, Sucht und Stigmen gegenüber Nationalitäten.

Insgesamt betrachtet ist alleine der Begriff „Stigma“ ein weitläufige Begrifflichkeit, die schwer darzustellen ist ohne sie erlebt zu haben. Wie sich Stigmata durch den gesellschaftlichen Wandel veränderten, wird nun im folgenden Gliederungspunkt wiedergegeben.

3.2 Die Historik der Psychiatrie und der Entwicklung von Stigmata

Die heutige Psychiatrie ist durch viele Ereignisse und Fachbereich geprägt und sei dadurch einer der vielseitigsten Institutionen. Durch vielseitige Ereignisse, die aus Menschenrechtsverletzungen und aus Unwissenheit bestand, entwickelte sie schließlich auch Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Die anfänglichen Theorien über psychisch erkrankte Menschen, findet man in der Dämonologie (SCHOTT UND TÖLLE 2006, S. 19). Das Bild von psychisch erkrankten Menschen wurde durch die Besessenheit von schlimmen Geistern oder Dämonen abgebildet. Diese sollten durch Riten verschwinden oder gelindert werden. „Darüber hinaus wurden psychisch erkrankte Menschen in der hebräischen vorchristlichen Kultur als die bestraften Gottes angesehen, die selbst an ihrem Leid schuld seien“ (ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL

2005, S. 58). In der Antike wandelte sich dann ein wenig das Bild von psychisch erkrankten Menschen, durch die Köpersaftlehre des Hippokrates. Jene Lehre besagt, dass psychische Erkrankungen eine Krankheit ist und keine selbstverschuldete Strafe. Jedoch unterschied Hippokrates noch nicht die seelischen und die körperlichen Erkrankungen voneinander, sondern erst der Gelehrte Galen tat dies, indem es emotionale und medizinische Gründe für eine Erkrankung in seiner Lehre gab. Allerdings wurde der Fortschritt, eine psychische Erkrankung als eine Krankheit anzusehen, durch den Aberglauben des Mittelalters wieder begraben. Zwar wurden psychisch erkrankte Menschen in Hospitäler behandelt, demgegenüber kehrte die Dämonologie wieder zurück. Darüber hinaus wurde die Behandlungsform gegenüber „vom Dämon Besessenen“ durch die Lehre des Exorzismus verschärft. Dieser Ritus des Exorzismus war für die Beteiligten häufig sehr schmerzhaft und führte nicht selten zum Tod. „1487 erschien das von zwei vom Vatikan beauftragte Mönchen geschriebene Werk ‚Hexenhammer‘, in dem der Umgang mit Hexen und Hexenmeistern kanonisiert wurde“ (ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005, S.59). Durch dieses Buch wurden psychisch erkrankte Menschen als Hexen beziehungsweise Hexenmeister betitelt und wurden aus jenem unwissenden Merkmal hingerichtet. Die psychisch erkrankten Menschen, die nicht der Hexerei bezichtigt wurden, lebten in sogenannten Toll- und Zuchthäusern. In den darauffolgenden Jahren erlebten psychisch erkrankte Menschen entweder den Tod, das Gefängnis oder dass sie als „Narren“ wie in einem Zoo als Unterhaltung der Gesellschaft ausgestellt wurden. Die Zeit der Aufklärung und der Französischen Revolution brachte nach vielen Jahrhunderten wieder die Kehrtwende, dies bedeutet psychische Erkrankungen wurden wieder als eine Krankheit angesehen und wurden versucht behandelt zu werden. Als ein bedeutender Vertreter für die Kehrtwende der Psychiatrie in Deutschland sei W. Griesinger zu nennen.

„Er legte den wissenschaftlichen und ärztlichen Standort der Psychiatrie fest wies den biologischen Arbeitsweisen ihre Richtung, fand wesentliche tiefenpsychologische Erkenntnisse und entwickelte einen Reformplan der psychiatrischen Versorgung“

(SCHOTT UND TÖLLE 2006, S. 66).

Nun wurden psychisch erkrankte Menschen zwar wieder als „kranke“ Menschen gesehen und behandelt, jedoch stellt sich im 19. Jahrhundert die Meinung ein, dass es am besten für jenen Personenkreis wäre, sie in „Anstalten“ weiter außerhalb zu

behandeln. Diese Meinung injizierte eine Isolation aus den Gemeinden für psychisch erkrankten Menschen und eine Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben.

Im 20. Jahrhundert in der Zeit des Nationalsozialismus wurden durch eine Ideologie bezogen auf die Rasse psychisch erkrankte Menschen zwangssterilisiert, ermordet, gefoltert oder sie starben an einem Hungertod. Darauf folgten erstmals unmenschliche Zustände in der Psychiatrien, in der tausende Menschen an Hunger, Isolierung und nicht Beachtung litten. Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre jedoch wurden Stimmen von Ärzten laut, die die Zustände in den Psychiatrien publizierten. In dieser Folge wurde eine Expertenkommission vom Deutschen Bundestages beauftragt, die Missstände zu betrachten und Lösungen für die Problematik zu finden. 1975 wurde das Dokument der Psychiatrie Enquete mit den folgenden Grundbausteinen veröffentlicht:

- „1. Psychische Krankheiten und Behinderung sollen früher erkannt und behandelt werden.
2. Ambulante und komplementäre Dienste sollen die Zahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten verringern.
3. Die Ausgliederung psychisch Kranker aus ihren Lebensbereichen soll vermieden werden.
4. Psychiatrische Krankenhäuser sollen personell, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Krankheit und Behinderung tatsächlich zu lindern oder zu beheben“

(FRANZ 1994-1997,S. 24).

Darüber hinaus wurden vier wichtige Punkte genannt, die den Weg zur Enthospitalisierung ebnen sollten:

- „ 1. Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung.
2. Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten.
3. Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste.
4. Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken“

(FRANZ 1994-1997, S. 24.).

Nach dem Psychiatrie-Enquete 1975 sind die Patientenzahlen gesunken und die Personalanzahl vergrößerte sich. Jedoch dauerte es wiederum 20 Jahre, um die vier Basisbausteine einer Enthospitalisierung einigermaßen umzusetzen.

In der heutigen Zeit hat sich durch einen medizinisch technischen Fortschritt und neuen Erkenntnissen einiges an der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen verändert, wie zum Beispiel der Ansatz der Psychoedukation, sowie einen Paradigmenwechsel des Krankheitsverständnisses für psychische Erkrankungen.

Im Gegensatz zu dem menschenwürdigeren Versorgungssystem, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und innovativen Behandlungsformen existiert ein gesellschaftliches Unwissen, was zu Stigmata der psychisch erkrankten Menschen führen könnte.

Die Entwicklung der Stigmata sind geprägt durch die geschichtlichen Ereignisse, eine Brandmarkung des psychisch erkrankten Menschen als „Besessener“; „Narre“ oder „Irrer“ findet man heute noch in der Gesellschaft.

„Seit Beginn des ‚modernen Irrenwesens‘ prangerten Psychiater und viele andere fortschrittliche Denker die Ausgrenzung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft an. Bei dieser Stigmatisierung spielte und spielt Sprache ob der in fast jedem Wort ohne zusätzliche sprachliche Mittel mitschwingenden konnotativen Bedeutung eine herausragende Rolle“ (CARIUS UND STEINBERG 2000, S. 321 f.).

Diesen gesellschaftlichen Aspekt der Stigmata wird im kommenden Gliederungspunkt näher erläutert und dargestellt, um deutlich zu machen „Stigmatisierung psychischen Krankseins ist- ob wir es wollen oder nicht- Teil unserer Kultur“ (HOFFMANN-RICHTER 2003, S. 353).

3.3 Die gesellschaftlichen Aspekte des Stigma – Hintergründe, Aufgabe und Attribute der Stigmatisierung

Die Aussage von Hoffmann- Richter, dass „Stigmatisierung ein Teil unserer Kultur sei“ (HOFFMANN-RICHTER 2003, S. 353) wurde von Hohmeier schon früh erforscht. Was führt zu einer Stigmatisierung und wie kann sie überhaupt in eine zivilisierte Gesellschaft gelangen? HOHMEIER (1975, o.S.) beantwortet diese Frage mit zwei Aspekten: auf der einen Seite mit einer „Generalisierung“ und auf der anderen Seite mit einer „Normabweichung“. Hiermit sei gemeint, dass der Mensch ein Merkmal zum Beispiel bei einem psychisch erkrankten Menschen wahrnimmt und dieses Merkmal dann auf jeden psychisch erkrankten Menschen verallgemeinert.

„Stigma wird zu einem ‚master status‘, der wie keine andere Tatsache die Stellung einer Person in der Gesellschaft sowie den Umgang anderer Menschen mit ihr bestimmt.“ (SCHUR 1971, S. 52 und LAUTMANN, SCHÖNHALS-ABRAHAMSOHN UND SCHÖNHALS 1972, S. 87). Mit einer „Normabweichung“ meint Hohmeier, dass ein psychisch erkrankter Mensch die gesellschaftlichen Normen bricht. Wenn der Personenkreis der

psychisch erkrankten Menschen gesellschaftliche Normen bricht, werden psychisch erkrankte Menschen wegen ihrer „Andersartigkeit“ aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Sie bekommen das Stigma des „Andersartigen“ und werden isoliert aus der gesellschaftlichen Teilhabe. Daraus erschließen sich die Hintergründe von Stigmata. Auch hiermit hat sich HOHMEIER (1975, o.S.) beschäftigt und ist der Meinung dass

„ein erster Ursachenkomplex in den Interessen globaler gesellschaftlicher Institutionen, wie Wirtschaft, Kirche oder Familie, sowie konkreter Machtgruppen in einer Gesellschaft, wie den Kapitaleignern in einer kapitalistischen oder herrschenden Funktionärgruppen in einer zentralistisch-bürokratisch verfaßten kommunistischen Gesellschaft gesehen“.

Darüber hinaus ist er der Meinung, dass die Ursache von Stigmen in der gesellschaftlichen Normabweichung liegen, das heißt die Gesellschaft wird von Normen geleitet und wer diesen Normen nicht vollkommen entsprechen kann, wie zum Beispiel die Leistungsnormen, wird ausgeschlossen. Als letzte Hypothese zu den Ursachen von Stigmen zählt er eine anthropologische Sichtweise hinzu. Diese besagt, dass wir Menschen aus unserer Natur und Erziehung heraus, uns gerne von anderen abgrenzen wollen, „nach Triebentladung von Aggressionen, nach Projektion belastender Ansprüche sowie nach Entlastung durch Orientierung an übernommenen Vorurteilen“ (HOHMEIER 1975, o.S.) festhalten. Dies würde bedeuten, dass es jedem Individuum eine gewisse Sicherheit gibt, Menschen voneinander zu unterscheiden, um sich selbst dadurch besser zu fühlen.

Nach der heutig bestehenden Stigma- Forschung zu urteilen, sei Stigmatisierung überall auf der Welt zu finden, unabhängig von den verschiedenen Kulturen, Glaubensrichtungen und Gesellschaftsformen. Dies würde jedoch bedeuten, dass Stigmatisierung eine soziale Funktion befolgt. Die Funktion sei hierbei, dass Menschen voraus über Situationen urteilen um sich sozusagen dadurch nicht in eine Gefahr begeben, da sie, ihrer Meinung nach wissen was sie erwartet. Dadurch entsteht abermals ein Sicherheitsgefühl für die Menschen, wo wiederum die Kehrseite sei, dass durch ihre Selektion es nicht möglich sei, neue Erlebnisse zu erfahren (BERGLER 1966, S. 86 und S. 108 ff.). Jedoch sei nicht nur die Funktion von Stigmatisierung ein Sicherheitsgefühl, sondern es kann auch eine Ausschüttung von Aggression sein, eine Erhöhung des eigenen Selbstwertgefühles beziehungsweise die Erhöhung der Gruppendynamik und das Gleichgewicht der eigenen Identität zu erhalten (Vgl. GRAUSGUBER 2005, S. 25).

Aus dem Fachbereich der Sozialpsychologie gibt es noch einen Forschungsgegenstand. Dieser Forschungsgegenstand wird befremdlicher Weise als „Terror Management“ bezeichnet (CROCKER, MAJOR UND STEELE 1998, S. 504ff.). Dieser Ansatz der Stigma Forschung sieht die Funktion hinter einer Stigmatisierung aus dem Sinn heraus, dass jedem Menschen seine Vergänglichkeit bewusst sei und durch die entstehende Angst vor Gefahren in dem „kurzen“ Leben, benötigt die Menschheit eine Ordnung und einen Sinn in ihrer Welt. Daher wird alles „andersartige“, was die Ordnung zerstören könnte, ausgeschlossen.

All diese Funktionen dienen auf der Individualebene von Stigmatisierung. Was ist die Funktion von Stigmatisierung auf der Ebene einer ganzen Gesellschaft? Auch hierzu gibt es einige Annahmen der Stigma Forschung. Die erste Annahme bezieht sich wie bei der Individualebene auf eine „Interaktionsregulation“ (GRAUSGUBER 2005, S. 26), dies bedeutet, dass die Stigmatisierung Beziehungen und ein Miteinander einer Gesellschaft ordnen kann. In diesem Zusammenhang kann es auch eine „Systemstabilisierungsfunktion“ (GRAUSGUBER 2005, S. 26) nützen, dies bedeutet durch eine Stigmatisierung können bestimmte wenig vorhandene Güter wie ein Status in der Gesellschaft geordnet werden. Eine schwerwiegende Form der Stigmatisierung, wie sie auch in der Geschichte der Deutschen geschah, ist die „Systemrechtfertigung“ (GRAUSGUBER 2005, S. 26). Durch die Rassenideologie des Nationalsozialismus wurden bestimmte gesellschaftlichen Gruppen so dargestellt, dass sie am Leid der Gesellschaft schuld seien und dadurch wurden Handlungen der Nationalsozialisten gegenüber jenen Gruppen in der Gesellschaft legitimiert. Den Menschen wurde ein Merkmal angedichtet und somit wurden sie „legal“ diskriminiert.

Die Merkmale, die die Funktion der Stigmatisierung beeinflussen wurden von JONES ET AL. (1984, o.S.) in sechs Grunddimensionen eingeteilt:

„Die Sichtbarkeit: die Möglichkeit, die stigmatisierenden Bedingungen bzw. Merkmale vor anderen verstecken zu können. Der Verlauf: die Art und Weise, wie sich diese Bedingungen im Laufe der Zeit verändern und was das letztliche Resultat ist. Das Ausmaß der Zerrüttung: wie stark die stigmatisierenden Bedingungen soziale Interaktionen behindern. Eine ästhetische Dimension: in welchem Ausmaß die Eigenschaften die betreffende Person hässlich und anderen gegenüber abstoßend erscheinen lässt. Die Herkunft des Stigmas: in welcher Weise das stigmatisierende Merkmal erworben wurde bzw. wer oder was dafür verantwortlich ist. Die Gefährdung: Art und Ausmaß der Gefahr,

welche vermeintlich vom Stigmatisierten ausgeht.“ (JONES ET AL. 1984, o.S. zitiert nach GRAUSGUBER 2005, S. 26).

Im Fall der Stigmatisierungen von psychisch erkrankten Menschen haben wiederum Hayward und Bright nochmal andere Merkmale der Stigmatisierung genannt. Das erste Merkmal beschäftigt sich mit der Auffassung der Gesellschaft, dass von psychisch erkrankten Menschen eine Gefahr ausgeht. Darauf folgend, wie in der Geschichte der theologischen Sichtweise, dass die erkrankten Menschen selbst an ihrer Erkrankung schuld seien. Das dritte Merkmal bezeichnen Hayward und Bright so, dass die Gesellschaft häufig von einer erfolglosen Behandlung der Erkrankung ausgeht. Das letzte Merkmal betrifft die oben genannte Ursache der Normabweichung und die dadurch entstehende Unsicherheit der Interaktionen in der Gesellschaft (HAYWARD UND BRIGHT 1997 , S. 345 ff. zitiert nach GRAUSGUBER 2005, S. 26f.).All diese Hintergründe, Aufgaben und Attribute der Stigmatisierung führen zu Konsequenz für die Stigmatisierten. Sie sind der Grund für eine Gesellschaft mit Diskriminierung von Menschen mit Besonderheiten.

3.4 Der Prozess einer Stigmatisierung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Stigmatisierten

Im vorigen Gliederungspunkt wurden die Gründe, Funktionen und Merkmale eines Stigmas beschrieben, nun sollen die dazugehörigen Prozesse näher ausgeführt werden.

Jene Konzepte sollen veranschaulichen, inwieweit eine Stigmatisierung einen Verlauf darstellt und somit Anhaltspunkte für die Konsequenzen von Stigmatisierung gibt.

Der erste Prozess von Stigmatisierung sei der bis dahin früheste publizierteste: von Scheff aus dem Jahr 1966. Bei der Prozessbeschreibung nach Scheff geht es um die Beziehung zwischen dem Stigmatisierten und der Gesellschaft sowie deren gegenseitigen Aufbau. Er geht dabei von zwei Thesen aus: auf der einen Seite, dass die Gesellschaft genaue Erwartungen von psychisch erkrankten Menschen hat, die auf negative Stereotypen basieren und sich in der Kindheit schon entwickeln sowie auf der anderen Seite geht er von einer „residualen Regelübertretung“ (SCHEFF 1980, S.24ff) aus. Hiermit sei gemeint, dass es ein Verhalten von psychisch erkrankten Menschen sei, während den akuten und chronischen Phasen ihrer Erkrankung. Diese meist sichtbaren Verhaltensweisen werden darauffolgend vom Umfeld erkannt und „gebrandmarkt“ Durch das Verhalten der Gesellschaft gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen,

nimmt jener die Rolle des psychisch erkrankten Mensch an und passt seine eigene Persönlichkeit an jene Vorstellungen an. Durch diese Veränderung könnte nach SCHEFF (1980, S.42) eine Erkrankung sich chronifizieren.

Diese Annahmen von Scheff wurden wiederum von LINK UND PHELAN (2001, S.366ff.) erneut untersucht und ein Phasenmodell hergestellt. In diesem Fall gehen sie von fünf Phasen der Stigmatisierung aus. Die erste Phase beinhaltet die Annahme von Scheff, dass es schon voreingenommene Annahmen der Gesellschaft über psychisch erkrankte Menschen gibt. Darauf folgt die zweite Phase, in der es darum geht, dass der psychisch erkrankte Menschen „von sozialen beziehungsweise medizinischen Kontrollinstanzen“ (GRAUSGUBER 2005, S. 29) attestiert bekommt, dass er krank sei. Durch dieses Attestieren der Erkrankung wird das erste offizielle Stigma gelegt und der psychisch erkrankte Mensch macht sich mit diesem Stigma vertraut. Dies beinhaltet dann die dritte Phase, die Identifizierung mit dem ersten offiziellen Stigma. Die vierte Phase beinhaltet die Folgen des ersten offiziellen Stigmas. Die Folge davon ist, wie sich nun die Gesellschaft oder das Umfeld gegenüber dem Stigmatisierten verhält sowie die eigene Einstellung des Stigmatisierten. Es wird von LINK UND PHELAN (2001, S.370 ff.) angenommen, dass innerhalb der ersten vier Phasen sich durch das Stigma der voreingenommenen Gesellschaft und dem attestierten Stigma der Kontrollinstanzen sowie mit dem Umgehen der Situation sich das Leben des Stigmatisierten negativ verändert. Es kann zu einer Isolierung führen, zu einem Verlust des bisher geführten Lebens sowie zu einer Minderung des Eigenwertes. Daraus können dann in der fünften Phase neue Problematiken durch die „Dünnhäutigkeit“ des Stigmatisierten und der neuen, angenommenen Rolle des psychisch erkrankten Menschen entstehen. Aus diesen fünf Phasen beziehungsweise Annahmen haben LINK UND PHELAN (2001, 363 ff.) ein Stigma- Konzept entwickelt, was nicht nur einen Prozess darstellt, sondern auch Hilfestellung zur Bewältigung von Stigmatisierung geben kann. Sie konstruierten hierzu vier wesentliche Bausteine. Der erste Baustein beinhaltet, dass die Gesellschaft die vermeintlichen Gegensätze zwischen ihnen und den „Andersartigen“ wahrnehmen. Daraufhin werden diese Gegensätze „mit negativen Attributen beziehungsweise Stereotypen in Verbindung gebracht“ (GRAUSGUBER 2005, S. 31). Das dritte Merkmal beinhaltet dann die Ausgrenzung der „Andersartigen“ aus der Gesellschaft heraus. Und als letzten Baustein wird der Stigmatisierte diskriminiert und verliert sein Ansehen in

der Gesellschaft (GRAUSGUBER 2005, S. 31). LINK UND PHELAN (2001, S.363) betonen hierbei noch die Funktion der Macht gegenüber den Stigmata.

Wie oben schon erwähnt, gibt das Stigma-Konzept nach Link und Phelan sowie nach Scheff Anhaltspunkte für die Folgen einer Stigmatisierung.

Durch das von Kontrollinstanzen Attestieren der Erkrankung und dem somit Bewusstwerden der Stigmatisierung, wirken die Stigmatisierten dieser Etikettierung entgegen. Jenes Entgegenwirken kann durch eine Isolierung geschehen oder anerkennen des Stigmas und der damit verbundenen Rollenveränderung. Darüber hinaus erklärt Sartorius in seiner Systematik die Folgen des Stigmatisierungs- Prozess: diese geschehen durch die Vervielfältigung von Diskriminierungen. Das heißt entweder eine strukturelle Diskriminierung oder die Internalisierung von Stigmata. Eine strukturelle Diskriminierung deckt den Bereich ab, indem die psychisch erkrankten Menschen durch nicht gegebene Chancen oder Angebote ausgeschlossen werden (RÜESCH 2005, S. 198). In diesem Zusammenhang sei nach Meinung von Sartorius durch die Stigmatisierung eine Rehabilitation gefährdet. Hiermit meint er, durch die Stigmata der Gesellschaft wird wenig Geld in das Versorgungssystem der Stigmatisierten und die daraus resultierenden Folgen investiert (GRAUSGUBER 2005, S. 32). Diesen Vorwurf gegenüber des Versorgungssystem äußert auch KISSLING (2000, S. 314) in einer seiner Publikationen:

„ Die Autoren vermuten, dass die Bereitschaft zur finanziellen Förderung durch das , schlechte Image' einer Krankheit reduziert wird und wohl auch davon abhängt, ob sich die Geldgeber vorstellen können, dass sie selbst oder jemand aus ihrer Familie diese Krankheit bekommt.“

Die Auswirkungen aus der Stigmatisierung heraus, verbreiten sich auf alle Lebensbereiche des Stigmatisierten und kann zu „engeengten Sozialbeziehungen, verminderten Selbstwertgefühlen, vermehrten depressiven Symptomen bis hin zu Arbeitslosigkeit, verminderten Einkommen und reduzierten Lebenschancen“ (GRAUSGUBER 2005, S. 32f.) führen. Diesbezüglich definiert FINZEN (2001, S. 24) die Stigmatisierung, bezogen bei seiner Publikation auf Schizophrenie, als „zweite Krankheit“. Finzen vertritt die Meinung, dass zu der eigentlichen psychischen Erkrankung noch die sozialen Folgen mit einhergehen und diese durch Stigmatisierung erfolgen können. Auch HOHMEIER (1975, o.S.) beschreibt Folgebereiche für die

Stigmatisierten. Der erste Bereich sei die eigene Persönlichkeit, der zweite Bereiche die sozialen Beziehungen und der daraus resultierende Bereich die verwehrte Teilnahme an der Gesellschaft. Die letzte Beschreibung von Folgen bringen LINK UND PHELAN (2001, S.371) und auch sie sehen eine Folge von Stigmatisierung im „Statusverlust“ sowie das psychisch erkrankte Mensch zwar die Chance in der Gesellschaft nicht verwehrt wird zu Leben, jedoch wiederum sie ausgegrenzt sind aus „der engeren sozialen oder regionalen Umwelt“ (GRAUSGUBER 2005, S. 34). Als dritte Folgeerscheinung sehen LINK UND PHELAN (2001, S.373f.) Situationen in denen die Stigmatisierten gegen ihr Stigma angehen wollen, jedoch dadurch wieder ein negatives Stigma belegen.

All diese Konsequenzen einer Stigmatisierung für die Stigmatisierten geben einem Hinweise für mögliche Interventionen für die Reduzierung von Stigmata. Diese Interventionen können auf vielen Ebenen wirken und werden im folgenden Gliederungspunkt näher beleuchtet.

4. Die Bewältigung von Stigmatisierung- Interventionen zur Reduzierung von Stigmata

Durch das oben genannte Wissen über Stigmatisierung kann man Interventionen einleiten, die der Stigmatisierung entgegensetzen. Hierzu beschreibt GOFFMAN (1975, S.172 ff.), dass es für Stigmatisierte das Bedeutendste und Hilfreichste sei, „sie zu akzeptieren, sie anzuerkennen und ihnen mit einer Sympathie entgegentzukommen“ (GROB 2000, S. 8). Diese drei Faktoren können den eigenen Kampf, den die Stigmatisierten mit ihrer eigenen Persönlichkeit und dem aufgezwungen Stigma-Selbst, vernichten. GROB (2000, S.11)vertritt die Anschauung, dass es am besten sei, diesem Kampf mit einer Öffentlichkeitsarbeit und Informationen für die Gesellschaft über psychische erkrankte Menschen entgegentzutreten. GROB (2000, S.11) ist der Meinung, dass eine Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden kann, durch das Öffnen der Psychiatrietüren. Die Frage hierbei sei, ob die Gesellschaft für so eine Öffnung bereit ist. Zwar wird in einer Studie von GAEBEL ET AL. (2002, S. 668) festgestellt, dass 82,5 % der Befragten angeben, dass es wichtig sei, die Teilhabe von psychisch erkrankten Mensch zu verbessern, jedoch stellt sich ein Zugang zur Gesellschaft auf der anderen

Seite als schwer da, sonst würden Stigmata nicht mehr in unserer Gesellschaft existieren. Der Vater des Stigmas, GOFFMAN (1975, S. 132 ff.), prägte den Begriff „Stigma Management“. Stigma Management sei die Auseinandersetzung mit seinem eigenen Stigma, sprich eine Selbstreflexion des Stigmatisierten. Diese Selbstreflexion sei durch eine Psychoedukation zu erreichen, dies bedeutet eine Selbstinformation über die Erkrankung, über sein eigenes Stigma und warum Stigmata existieren. Diese These sagt aus, dass nur Stigmata bewältigt werden können, wenn der Stigmatisierte sich selber damit auseinandergesetzt hat.

Wenn man nun Interventionstrategien nach dem Stigmatisierungsprozess von Link und Phelan implementiert, wären diese Schritte folgend: eine Verringerung der „sichtbaren und erlebbaren Unterschiede“ (GRAUSGUBER 2005, S. 36), danach eine Aufklärungsphase, dann eine direkte Kontaktaufnahme zwischen Stigmatisierten und der Bevölkerung und in der letzten Phase eine umfassende Bewältigung der Stigmatisierung durch Integration des Wissens in das Versorgungssystem, durch die Strategie des Empowerments und eine Ausweitung der psychosozialen Versorgung (Vgl. GRAUSGUBER 2005, S. 37). Die Strategie des Empowerment beinhaltet die Aussagen, dass die Ressourcen gefördert werden, eine Gleichberechtigung zwischen allen Beteiligten besteht, eine Akzeptanz und Respektierung und die psychisch erkrankten Menschen in Entscheidungen mit einbezogen werden. Zusammenfassend geht es im Empowerment um die positiven Aspekte des psychisch erkrankten Menschen und um die Akzeptierung als Mitglied der Gesellschaft (Vgl. LAUBER UND RÖSSLER 2005, S. 212ff.).

Eine Form der Strategien zur Reduktion der Stigmatisierung sind die publizierten Informationen über Medien. Hierbei wurde festgestellt, dass es wirksam sei, wenn psychisch erkrankte Prominente von ihren eigenen Erfahrungen öffentlich sprechen. Aber nicht nur anerkannte Persönlichkeiten können zu einer Bewältigung von Stigmatisierung beitragen, sondern auch die Professionen, die direkten Kontakt mit jenem Personenkreis haben. Die Professionen können von ihren eigenen beruflichen Erfahrungen berichten und das Umfeld darstellen, indem sie arbeiten. Wiederum können Psychiatrieerfahrene von ihren Erkrankungen bei Informationsveranstaltungen oder Kongressen von ihren Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung berichten.

Diese Interventionen können in drei Hauptbereiche klassifiziert werden: Protest, Information und direkter Kontakt. Die Stigmaforschung hat diesbezüglich festgestellt, dass Proteste gegen Stigmatisierung eine Unterdrückung der Stereotypen fördert, und dass dadurch ein „sogenannter ‚Rebound‘ Effekt“ (RÜESCH 2005, S. 205) entstehen kann: „D.h. die Unterdrückung unerwünschter Gedanken macht diese oft umso hartnäckiger“ (Rüesch 2005, S. 205). Der Interventionsbereich der Information bietet zwar eine gute Grundlage für eine Bewältigung der Stigmatisierung, jedoch zeigen zum Beispiel CORRIGAN UND PENN (1999, S.765ff. zitiert nach RÜESCH 2005, S. 205) in ihrer Studie, dass Stereotypen nicht durch eine Aufklärung minimiert werden.

Durch die Stigmaforschung wurde festgestellt, am effektivsten sei der direkte Kontakt zwischen Betroffenen und der Bevölkerung. „Es ist die konkrete Erfahrung, die Unmittelbarkeit der Begegnung mit einem Menschen, die stereotype Vorstellungen über diese Person am nachhaltigsten zu beeinflussen vermag“ (CORRIGAN UND PENN 1999, S. 765 ff. zitiert nach RÜESCH 2005, S. 205 f.). In diesem Zusammenhang wurden auch noch bestimmte Faktoren festgestellt, die einen direkten Kontakt begünstigen, um eine Reduzierung von Stigmata zu erreichen: „die Interaktionspartner sollten den gleichen Status haben; die Begegnung sollte in einem kooperativen Kontext stattfinden; ein hoher Grad an Intimität“ (RÜESCH 2005, S. 206) und das Treffen sollte am besten außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen, sprich in der Gesellschaft, stattfinden.

Zusammengefasst ist der erste Weg zur Bewältigung von Stigmata der, dass die Gesellschaft sich über die Stigmatisierung bewusst wird. Wie Hoffmann- Richter (2003, S. 354) schrieb: „Wenn die Stigmatisierung psychisch Kranker Teil unsere Kultur ist, ist das kein Grund für Resignation. Dann sind wir aufgefordert an ihr zu arbeiten.“ Und diese Aussage betrifft nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die Politiker, die Professionen, das Versorgungssystem und jeden einzelnen Menschen.

5. Stigmas der psychisch erkrankten Menschen in ihrer Gemeinde

Dass durch Stigmata auch das Leben in der Gemeinde erschwert wird, erkennt man an den oben genannten Folgen einer Stigmatisierung. Dies wird auch bewusst, wenn man die Aussagen bei einer Befragung von der Arbeitsgruppe um Angermeyer sich

betrachtet. Hierzu haben ca. 40 % der Befragten angegeben (SCHOMERUS UND ANGERMEYER 2013, S.60), dass sie beunruhigt wären, wenn eine Wohngemeinschaft für psychisch erkrankte Menschen in ihrer Nachbarschaft existieren würde. Im Vergleich einer Umfrage von 1990 zu 2011 sei die Zustimmung für eine gemeindepsychiatrische Versorgung sogar im Gegensatz von 34 % auf 25 % gesunken (SCHOMERUS UND ANGERMEYER 2013, S.60). Dies bedeutet, dass die Vorurteile sich sogar in den letzten Jahren verstärkt haben, obwohl die gemeindenahe Versorgung in den letzten zwanzig Jahren gewachsen sei und es mehr Aufklärung über jene Sparte gab.

Um dieser anscheinend als noch bestehenden Unwissenheit gegenüber der Gemeindepsychiatrie und deren Entstehung entgegenzusetzen, zuerst mal einen kurzen Einblick in die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie, Ansätze, Instrumente und Arbeit in der Gemeindepsychiatrie.

5.1 Ein Hintergrundwissen von Gemeindepsychiatrie

Im Gliederungspunkt 3.2 wurden die Ziele der Psychiatrie Enquete 1975 dargelegt, hierzu war einer der wichtigsten Ziele eine gemeindenahe Versorgung. Doch die Frage sei, wie hat sich diese in Deutschland bis zum heutigen Zeitpunkt entwickelt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob diese Enthospitalisierung eine neue Chance für die psychisch erkrankten Menschen darstellt.

Zu Beginn zuerst mal eine kurze Erläuterung, was Gemeindepsychiatrie sei. Um eine gemeindenahe Versorgung sicherzustellen, benötigt man eine klare Definition, die es bis heute in der Literatur nicht gibt beziehungsweise, die zum Beispiel nach PEUKERT (2001-2003, o.S.) als veraltet gilt. PEUKERT (2001-2003, o.S.) benutzt den Begriff Sozialpsychiatrie und gibt hierfür eine Definition aus der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie 1992:

„Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein“ (CIOMPI 1995, S. 205f.).

Weiterhin findet man in der Literatur Begriffsbeschreibungen zu der Gemeindepsychiatrie, eine davon lautet:

„Gemeindepsychiatrie als das Angebot unmittelbarer, angemessener und einheitlicher Antworten auf reale soziale, psychische und gesundheitliche Bedürfnisse einer definierten Bevölkerung“ (MOSCHER UND BURTI 1992, S. 124.).

Beide Begrifflichkeiten drücken im Endeffekt dasselbe aus: in der Gemeindepsychiatrie geht es um die psychisch erkrankten Menschen und deren Bedürfnisse in der Gesellschaft; hierzu bietet das Versorgungssystem der Gemeindepsychiatrie Unterstützung an.

Daraus entstehen dann Charakteristika und Ziele, die die Gemeindepsychiatrie mit sich bringen sollte: als erstes Merkmal der Gemeindepsychiatrie, sei die Integration von psychisch erkrankten Menschen in die Gesellschaft zu nennen. Darauf folgt, dass die Aufenthaltsdauer in stationären Psychiatrien so kurz wie möglich gehalten werden sollte, um die Integration in die Gemeinde zu erleichtern. Als drittes Ziel gilt es, dass ein Paradigmenwechsel zustande kommen soll, „statt institutions- und angebotszentrierte“ Versorgung eine „personen- und bedarfszentrierte“ (ZWEMER 2003, S.124) Arbeit. Als letztes Charakteristikum der Gemeindepsychiatrie sei die Verbindung der einzelnen Versorgungsanbieter, wie zum Beispiel die komplementäre Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und den Hausärzten.

Die Umsetzung der Merkmale und der Ziele stellen sich bis heute noch als schwierig dar. Zu Beginn der Enthospitalisierung wurden die Menschen aus ihrem gewohnten Lebensumfeld, der „Anstaltspsychiatrie“, sozusagen entlassen und meist in Wohngruppen auf dem Psychiatriegelände wieder aufgenommen. Jene Enthospitalisierung hat noch nichts mit der heutigen Idee einer Gemeindepsychiatrie zu tun. Dies sollte eine Lösung für den Übergang sein, um die Menschen an eine offenere Wohnform zu gewöhnen. Nachdem dieser Prozess abgeschlossen war, sollten die psychisch erkrankten Menschen in der Gemeinde eingegliedert werden. Dies bedeutet, dass Wohnhäuser, Wohnungen und Büros in Gemeinden angemietet wurden. Nach dieser „Eingliederung“ erfolgten mehrere Jahre keine Veränderungen mehr. Doch wurde das bedeutendste Ziel der Enthospitalisierung nie vergessen: die Integration in die Gesellschaft, daher wurden neue Behandlungsansätze, neue Finanzierungsformen, innovative Wohnstrukturen und Tagesstätten eingeführt. In diesem Zusammenhang sollen nun kurz die bedeutendsten Wohnformen und der modernste Behandlungsansatz dargestellt werden.

Die erste Wohnform ist der beschützte Wohnbereich, indem psychisch erkrankte Menschen leben, die aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung einen Unterbringungsbeschluss nach § 1906, Absatz 1 BGB haben. Um das Wohl des Betreuten in der beschützten Wohngruppe sicherzustellen, gibt es in diesem Bereich eine 24-Stunden-Betreuung durch Fachpersonal und Aushilfen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit für diese Klienten an der Tagesstruktur und Ergotherapie teilzunehmen. Der beschützte Bereich wird in einigen Publikationen oder in der Literatur als Einbahnstraße formuliert, hingegen zeigt die eigene Erfahrung, dass es eine Chance für viele Klienten ist.

Das stationäre begleitende Wohnen bildet die zweite Wohnform, allerdings ist dieser Wohnbereich nicht auf einem klinischen Gelände, sondern mit einem festen Standort verbunden, in diesem Fall in einer Gemeinde. Die psychisch erkrankten Menschen leben entweder in Wohngemeinschaften, Einzel- oder Zweierapartments. Jene Personengruppe wird tagsüber von Fachpersonal begleitet und kann nachts in den meisten Einrichtungen eine Rufbereitschaft erreichen, wenn Hilfe benötigt wird. Die Bezeichnung des sogenannten Heimbewohners lässt erkennen, dass jene Klienten in allen alltäglichen Lebenssituationen von dem Fachpersonal unterstützt werden.

Die kommende Wohnform gehört zu den modernsten und selbstständigsten Wohnformen. Jene Wohnform nennt sich: „Betreutes Wohnen“. Hierbei gibt es in der Literatur über jene Begrifflichkeit viel Verwirrung. In der einen Publikation wird Betreutes Wohnen allgemein als Hilfe in der Alltagsbewältigung dargestellt und in anderer Literatur als Wohnform, in der die Klienten überwiegend selbstständig leben. In den meisten bedeutet das Betreute Wohnen eine hohe Autonomie mit individueller Unterstützung von Fachpersonal.

Durch die zuvor genannten Wohnformen wird das Ziel verfolgt anhand von den passenden Leistungen und Wohneinheiten in einer Gemeinde die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach § 1 SGB IX zu ermöglichen und zu sichern.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und menschenwürdig zu arbeiten wird heute in der Gemeindepsychiatrie der personenzentrierte Ansatz vertreten und umgesetzt.

Beim personenzentrierten Ansatz geht das geschulte Personal von den Bedürfnissen des Klienten aus (KUNZE 2004, S.17f.). Erst danach wird das Eigeninteresse der

Kostenträger mit einbezogen. Jedoch steht immer der Klient mit seinen Wünschen und seinem Bedarf nach Hilfe und Unterstützung im Vordergrund. Um die Idee des personenzentrierten Ansatzes vollständig auszuführen, benötigt der Klient eine Bezugsperson. Diese Bezugsperson, auch Bezugsbetreuung genannt, ist der eigene Ansprechpartner des Klienten und seiner Angehörigen, anderer psychiatrischen Hilfen wie der Tagesstruktur oder der medizinischen/sozialen Dienstleister wie des Hausarztes. Das Elementare dieses Ansatzes ist, dass „alle personenbezogene Hilfen sollten von der Frage ausgehen, welche Hilfe der Klient braucht und nicht, welches verfügbare Angebot für ihn das geeignetste ist“ (GROMANN 2002, S.166).

Um den personenzentrierten Ansatz vollständig ausführen zu können, benötigt dieser Ansatz ein gewisses Instrument. Das Instrument soll zu einem Paradigmenwechsel führen – „nämlich in der Interaktion zwischen einer Hilfe nachfragenden und einer Hilfe bereitstellenden Person, also im konkreten Hilfeprozess selbst“ (PEUKERT 2003, S.162). Dieses Instrument nennt sich „Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ mit der geläufigen Abkürzung „IBRP“. Der IBRP verfolgt das Ziel, ein Miteinander zwischen Klient und Mitarbeiter professionell zu gestalten und zusätzlich an der direkten Lebenswelt des Klienten zu arbeiten und wie im personenzentrierten Ansatz dargestellt, den gewünschten Bedarf des Klienten zu erfassen und umzusetzen.

In der Gesamtheit betrachtet sind die gegebenen Wohnformen, Ansätze und Instrumente dafür da, den Klienten die Möglichkeit einer Normalität, Realität und Perspektiven für das Leben zu geben sowie ihren individuellen Weg zu begleiten.

Die Gemeindepsychiatrie zusammengefasst kann folgend erklärt werden:

„Gemeindepsychiatrie bedeutet (...) idealtypisch eine psychiatrische ‚Intervention‘ im Lebenskontext, unter Berücksichtigung von sozialen Faktoren und unter Benutzung von sozialen Beziehungen, und mit der Perspektive der sozialen Eingliederung in das Alltagsleben einer Gemeinschaft.“ (FORSTER 1997 (keine Seitenzahl) / FRIEDRICHS UND JAGODZINSKI 1999, S. 9 ff. zitiert nach EIKELMANN, REKER UND RICHTER 2005, S.666).

5.2 Stigmata und ihre Bedeutung für die gemeindenahen Versorgung

Bezogen auf die Thematik der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen stellt sich nun nach der Erläuterung was eine Gemeindepsychiatrie ist, die Frage welche Stigmata es in der Gesellschaft gibt und welche Auswirkungen diese auf eine gemeindenahen Versorgung haben?

Die Stigmata, die in unserer Gesellschaft erscheinen, seien meistens geprägt durch Attribute, die psychisch erkrankten Menschen angedichtet werden. Diese Attribute werden auch als Stereotypen definiert, aus denen Stigmata entstehen. Eine Definition von Stereotype sei: „Stereotype lassen sich am besten mit dem umgangssprachlichen „Schublandendenken“ übersetzen. Bereits wenige Merkmale reichen aus, um ein bestimmtes Klischee entstehen zu lassen. (...)“ (KULBE 2009 , S.113). Aus diesen Stereotypen entstehen dann schließlich Stigmata, in dem Menschen durch Vorurteile und sogenannten Klischees „gebrandmarkt“ werden. Daraus entsteht wiederum das Verlangen nach sozialer Distanz von psychisch erkrankten Menschen, was letztendlich die Teilhabe an der Gesellschaft erschwert.

Jedoch zuerst mal einen Überblick über Stereotypen in unserer Gesellschaft aus verschiedenen Studien. Hierbei konnte herausgefunden werden, dass die Stereotypen meist die gleichen Dimensionen belegen: ein psychisch erkrankter Mensch sei hilfsbedürftig, „unberechenbar und gefährlich, unverständlich und fremdartig, ungepflegt bis verwahrlost und genial“ (DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1995, S. 32). Zu beachten sei, dass das Attribut der Genialität nur selten von den Befragten genannt worden sei. Weiterführend werden die Stereotypen durch die Medien häufig unterstützt. In der Medienwelt wird der psychisch erkrankte Mensch entweder als Genie oder als gefährlicher „Verrückter“ dargestellt. Wie auch oben in der Einführung zur Thematik gezeigt wird das Wort „schizophren“ gerne in den Medien verwendet, um etwas zu dramatisieren oder zu zuspitzen.

„Ein Vergleich der ersten Medienstudien mit nachfolgenden und neusten Studien zeigt über drei Jahrzehnte hinweg ein ebenfalls stereotypes Muster der Berichterstattung, welches das Stigma von psychisch Kranken und der Psychiatrie weiter zementiert“

(MÖLLER-LEIMKÜHLER 2005, S.44).

Gerade schizophren erkrankte Menschen werden mit Stereotypen belegt, wie „unberechenbar, verantwortungslos oder ein öffentliches Ärgernis“ (BAUMANN, ZÄSKE UND GAEBEL 2003 S. 375). Darüber hinaus muss man noch eine Unwissenheit der Bevölkerung gegenüber der Erkrankung Schizophrenie erwähnen, da bei einer Studie 80 % der Bevölkerung von einer gespaltenen Persönlichkeit ausgehen (GAEBEL UND MÜLLER SPAHN 2002, S.29 ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S. 79). Als Auswirkung solcher Stereotypen kann man zusammenfassend sagen, dass die Bildung von Stereotypen eine Verzerrung der Wirklichkeit darstellt und dass durch

jenen unwissenden Annahmen, eine Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen beginnt.

Aber nicht nur Stereotypen bilden eine Stigmatisierung in der Gesellschaft heraus und somit die Gefährdung einer Gemeindepsychiatrie, sondern auch ursprüngliche Fachtermini, die von der Bevölkerung übernommen wurden, jedoch längst überholt seien. Wie oben in der Geschichte schon angedeutet dienten psychisch erkrankte Menschen als „Narren“ zur Belustigung der Gesellschaft. In der heutigen Zeit wird zwar nicht mehr häufig der Begriff des Narrens für psychisch erkrankte Menschen benutzt, jedoch stellt er ein Stigma dar. Das heutige auch noch sehr läufige Stigma des „Irren“ entspricht wiederum einer Stigmatisierung durch die Gesellschaft. So wurden Psychiatrien zu „Irrenanstalten“ oder Psychiater zu „Irrenärzten“. Ebenfalls wird die Begrifflichkeit des „Wahnsinns“ häufig in Beziehung mit einem psychisch erkrankten Menschen gebracht. Sie werden als „Wahnsinnige“ betitelt, wo jedoch der Sinn dahinter ein anderer sei. Zum Beispiel leidet der schizophrene erkrankte Mensch an Wahnvorstellungen, sprich es stellt eine Symptomatik dar, aber kein Stigma. Auch in der Welt der Metaphern findet man Stigmata gegenüber psychisch erkrankter Menschen, wie zum Beispiel „Der hat eine Schraube locker“ oder „Tickt nicht mehr ganz richtig“. Solche Metaphern sollen darstellen, dass bei diesen Menschen etwas im Gehirn nicht stimmt, jedoch kann man es historisch auch auf eine Behandlung von psychisch erkrankten Menschen beziehen, wie zum Beispiel die Drehmaschine (CARIUS UND STEINBERG 2000, S. 323). Der Wortlaut „bekloppt, behämmert“ entsprang auch aus einer Behandlungsform für psychisch erkrankte Menschen heraus: Schläge auf den Hinterkopf sollten eine Wirksamkeit gegenüber psychischen Erkrankungen zeigen.

Nun wurden hier einige verbale Stereotypen sowie Stigmata aufgeführt, wie psychisch erkrankte Menschen bezeichnet werden. Nichtsdestoweniger entstehen die meisten Stigmata durch eine Unwissenheit, die durch einige Wissenschaftler in den letzten Jahren erforscht wurde. Hierbei geht es um die Laienvorstellung über psychische Erkrankungen, über Verhaltensweisen der psychisch erkrankten Menschen, über die Psychiatrie sowie über die Auffassung über die Ursachen der Erkrankungen und den richtigen Behandlungswegen. All diese einzelnen Punkte sollen durch quantitative Zahlen und qualitative Interviewantworten kurz veranschaulicht werden. Zu Beginn einen Überblick über die ubiquitären psychischen Erkrankungen bei den Befragten. Die

ubiquitäre psychische Erkrankung sei die Schizophrenie mit 74 % gefolgt von der Depression, manischen Depression und Paranoia (WOLFF, PATHARE, CRAIG UND LEFF 1996, S. 191 ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S.63). Wenn man nun davon ausgeht, dass, wie auf Seite sechszwanzig dargestellt, mehr als über die Hälfte der Bevölkerung von einer falschen Meinung über die Erkrankung der Schizophrenie ausgeht, kann man sich denken, dass die dazugehörigen Assoziationen auch in die falsche Richtung gehen. Bei einer Studie wurden die Assoziationen zu Schizophrenie erfragt, hierbei wurde die Spaltung des Bewusstseins 13,9 % zugeschrieben sowie auch (schwere) Geistesgestörtheit beziehungsweise Krankheit mit 18,1 % (DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1995, S. 27 f.). Hierzu sollte man erwähnen, dass solche Vorstellungen immer abhängig von dem kulturellem Kontext der Gesellschaft sind, daher sind die ersten quantitativen Zahlen nicht repräsentativ für Deutschland, da sie aus England stammen, allerdings gibt es in Studien aus Deutschland die Hinweise für die gleiche Aussagen. Die Verhaltensweisen eines psychisch erkrankten Menschen aus einer Studie aus England werden folgend verknüpft: mit „seltsamen Verhalten (73 %), sonderbarer Sprache (63 %), Kleidung (32 %), Gesichtsausdruck (25 %), Aggressivität (24%)“ (WOLFF, PATHARE, CRAIG UND LEFF 1996, S. 191 ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S. 63). Interessant war auch bei der Studie, „dass über der Hälfte der Befragten sich sicher waren, eine psychische Erkrankung an den eben genannten Merkmalen zu erkennen“

(WOLFF, PATHARE, CRAIG UND LEFF 1996, S. 191 ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S. 63). Diesbezüglich gibt es eine Studie aus dem Jahre 1990 über die Vorstellungen einer psychischen Erkrankung in München. Dabei haben 54, 5 % der Befragten geäußert, keine Ahnung über eine psychische Erkrankung zu haben, wiederum haben 53,4 % geäußert, dass psychisch erkrankte Menschen aggressiv seien (LAMNEK UND TRETTER 1991, S. 1ff. zitiert nach VOGD 2001, S. 172).

Die Informationen über psychische Erkrankung schöpften die Befragten aus den Massenmedien (75%) (LAMNEK UND TRETTER 1991, S. 1ff. zitiert nach VOGD 2001, S. 172).

Die Institution Psychiatrie spielt auch bei einer Stigmatisierung eine große Rolle, da die negativen Auffassungen sich wieder auf die Menschen, die sie in Anspruch genommen haben spiegeln. Bei einer Studie mit qualitativen Interviews nach VOGD (2001, S. 14 f.)

äußerten sich die Interviewten spontan zur Psychiatrie häufig mit ablehnenden Antworten. Die Antworten werden mit Ausgrenzung, Gettoisierung, Macht, endgültiger Verwahrung, streng und bedrückend zum Beispiel assoziiert. In einer anderen Studie des Bundesministeriums für Gesundheit wird eine psychiatrische Behandlungseinrichtung mit den Begrifflichkeiten einer „Nervenheilanstalt (11,8 %), die Nervenklinik (9 %) oder das psychiatrische Krankenhaus (7,3 %)“ verbunden (DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1995, S. 35). Die eher negativen Begriffe in Bezug auf die Psychiatrie wie „Klappsmühle“ oder „Irrenhaus“ werden nur von 5 % der Befragten genannt (DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1995, S. 35). Das Anliegen der psychiatrischen Krankenhäusern sei nach Meinung von Befragten in einer Studie um die Arbeitsgruppe von ANGERMEYER (1994, S.1 ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005, S. 70), die Behandlung von psychisch erkrankten Menschen (74 %) sowie mit der Aufgabe des Schutzes der Erkrankten vor sich selbst (34 %) und einer Entlastung der Familien mit 19 %. Interessant sei auch zu betrachten, in was die Bevölkerung die Ursachen für psychische Erkrankungen sieht. Zu dieser Thematik haben Gaebel und Mitarbeiter (2005 S. 74) bei einer Studie feststellen können, dass „entweder auf einseitige biologische Ursachenfaktoren oder auf einseitige psychosoziale Ursachenfaktoren“ angegeben wurden. Darüber hinaus haben ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL (2005, S. 74) vorhandene Studien zu dieser Thematik folgenden zusammengefasst:

„Laien haben nach Erkrankungsbildern differenzierende Konzepte über die Ursachen psychischer Erkrankungen; je nach Fragestellung werden biologische Faktoren, psychosoziale Belastungen oder intrapsychische Faktoren genannt; ein Problem stellt die Unterscheidung zwischen alltäglichen und psychischen Problemen und krankheitswertigen Symptomen dar (...)“

Dies bedeutet für eine Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen, dass kein eindeutiges Wissen über die Ursachen ihrer Erkrankung in der Gesellschaft herrscht.

Bei den passenden Behandlungsansichten der Laien muss man erläutern, dass immer bestimmte Erkrankungen dazu genannt wurden sowie auch vorgefertigte Antwortmöglichkeiten. Bei der anscheinend bekanntesten psychischen Erkrankung, der Schizophrenie, wurde von den Befragten Psychopharmaka mit 20 % empfohlen und eine Psychotherapie zu 57 %. (ANGERMEYER 1994, S. 1ff. zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S. 74 f.). Zu erwähnen sei nach dieser Studie von

Angermeyer noch, dass Psychopharmaka generell eher abgelehnt wurde. Auch hier konnte man beobachten, dass die Behandlungsstrategien nach der individuellen Einschätzung der Schwere der Erkrankung ausgewählt werden. Zum Schluss noch die Anmerkung, dass laut einiger Studien der Hausarzt am besten zu Beginn konsultiert werden sollte, außer wenn eine Erkrankung schon fest diagnostiziert wurde (zum Beispiel JORM 2000, S. 397).

All die oben aufgeführten verbalen Stigmatisierungen und Diskriminierungen in unserer Gesellschaft, waren aus der Sichtweise der Bevölkerung. Doch inwieweit empfinden die stigmatisierten Personen die Situationen? In einer recht alten Studie von 1981 nach FAUST (1981, S. 35) ergab sich, dass die verbalen Äußerungen direkt gegenüber von psychisch erkrankten Menschen weniger getätigt werden. „Die meisten der hier befragten psychisch Kranken wurden mit mehr unverbindlichen und allgemein gehaltenen Bemerkungen wie nervös, mit den Nerven fertig, reizbar komisch usw. konfrontiert“ (FAUST 1981, S. 35). Bei einer Befragung in einer psychiatrischen Klinik wurde erfragt, wo die psychisch erkrankten Menschen am meisten Diskriminierung erfahren hätten, hierzu äußerten sie „am häufigsten von Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz“ sowie 19 % von der Polizei oder dem Ordnungsamt, im Bekanntenkreis 20 %, in der Familie 16 % und 7 % durch Ärzte oder Therapeuten (GAEBEL, BAUMANN UND WITTE unveröffentlichtes Manuskript 2001 zitiert nach ZÄSKE, BAUMANN UND GAEBEL 2005 S.69).

Welche Stigmata in der Gemeinde beziehungsweise in der Bevölkerung existieren, wurde nun geklärt. Wie wirkt sich dies jedoch auf die gemeindenahen Versorgung aus? Ist trotz einer Stigmatisierung die Integration in die Gemeinde möglich und welche Auswirkungen haben die Stigmata auf die Gemeindepsychiatrie? An diesem Punkt muss man kritisch erkennen, dass es so gut wie keine Studie zu jener Thematik gibt. Daher können hier nur Annahmen von Wissenschaftlern dargestellt werden und eigene Erfahrungen im Bereich der Gemeindepsychiatrie geäußert werden. Zum Beispiel führen EIKELMANN, REKER UND RICHTER (2005, S. 667) aus, „dass psychisch erkrankte Menschen zwar in den Gemeinden leben, jedoch es kaum die Rede von einer Integration sein kann“. Diese Behauptung wird auch durch eine Studie nach INGAMELLS ET AL. (1996 S. 359 ff. zitiert nach KRUMM UND BECKER 2005, S. 182) zementiert, hierzu wurde die Frage gestellt „inwieweit der Wohnort von Menschen mit psychischen

Erkrankungen den Grad der soziale Ablehnung beeinflusst.“ Zwar wurde herausgefunden, dass es unabhängig von der Wohnform sei, demgegenüber aber dass „auffällige Verhalten mit sozialer Ablehnung beantwortet wurde“ (INGAMELLS ET AL. 1996 S. 359 ff. zitiert nach KRUMM UND BECKER 2005, S. 182). Genauso gibt es Studien über die Lebensqualität von enthospitalisierten psychisch erkrankten Menschen in Verbindung mit einer Stigmatisierung. Festzustellen war hierbei zusammenfassend, dass die Lebensqualität durch eine verhinderte Integration in die Gesellschaft eingeschränkt war.

Aus eigener Erfahrung der Verfasserin im Bereich der Gemeindepsychiatrie kann dargelegt werden, dass psychisch erkrankte Menschen zwar in der Gemeinde leben, jedoch nicht integriert in die Gemeinde sind. Die gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sind wie eine eigene Welt mit einer eigenen Subgruppe. Die Kontaktaufnahme zur Gesellschaft findet kaum statt, sondern die bedeutendsten Bezugspunkte sind für die psychisch erkrankten Menschen, die Mitarbeiter, Mitbewohner und Angehörige (RÜESCH 2005, S. 201).

Zusammengefasst kann man behaupten, dass die Gesellschaft durch Vorurteile und Diskriminierungen von psychisch erkrankten Menschen diesem Personenkreis keine Möglichkeit der Integration gibt, im Gegensatz muss man sagen, dass psychisch erkrankte Menschen sich selbst isolieren und den Kontakt zur Gesellschaft vermeiden. Ein Grund für die Isolierung könnte die Stigmatisierung sein, was jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt nicht belegt wurde. Trotz all dieses Unwissen, was genau die Trennwand zwischen psychisch erkrankten Menschen und der Gesellschaft ist, sollte weiterhin an einer Bewältigung von Stigmatisierung gearbeitet werden.

Im folgenden Gliederungspunkt wird nun eine Interventionsmöglichkeit zur Bewältigung der Stigmatisierung und zum Vernichten der Trennwand „zweier Welten“ vorgestellt, die sich auf eine Konzeption für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige stützt.

6 Ein Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden – „Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“

Im Gliederungspunkt vier sei schon angedeutet, wie wichtig der direkte Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen ist, genauso das jeder in der Gesellschaft für die Integration jenes Personenkreises verantwortlich ist. Darüber hinaus muss aber auch die gemeindepsychiatrische Versorgung sich für die Gesellschaft öffnen und ihr entgegenkommen.

Festzuhalten sei, dass eine persönliche Erfahrung mit den Stigmatisierten, in diesem Fall die psychisch erkrankten Menschen, die soziale Distanzhaltung minimiert (DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1995, S. 57). Daher sollen nun in den folgenden Aufzählungspunkten, eine Intervention des direkten Kontaktes durch ein Kooperationskonzept einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung und einem Zentrum für Freiwillige dargestellt werden.

6.1 Definitionen des ehrenamtlichen Engagements beziehungsweise der Freiwilligenarbeit

Nach dem Freiwilligensurvey 2009 ² bevorzugen die „Ehrenamtlichen“ die Bezeichnung ihrer Tätigkeit als eine „Freiwilligenarbeit“, darauf folgt die Bezeichnung des „Ehrenamtes“ (GENSICKE UND GEISS 2010, S.15). Die Definition dieser zwei Begriffe ist jedoch sehr vielseitig und historisch geprägt. Das Ehrenamt sei das Gegenstück zu einer hauptamtlichen Tätigkeit, dies bedeutet eine Tätigkeit ohne Entgelt. Der Begriff der „Freiwilligenarbeit“ sei jedoch ein innovativerer Begriff und soll die abwechslungsreichen Facetten eines ehrenamtlichen Engagements darstellen. In dieser Arbeit sollen nun drei Definitionen dargelegt werden. Auf der einen Seite eine zusammengefasst von den Wörtern Ehrenamt und Freiwilligenarbeit sowie auf der anderen Seite zwei getrennte Definitionen, um einen eventuellen Unterschied oder Gemeinsamkeiten darstellen zu können.

Die erste Definition beinhaltet beide Begriffe: Ehrenamt und Freiwilligenarbeit, und lautet wie folgt:

² siehe Anhang 2

„Ehrenamtliche bzw. freiwillige Engagierte sind Personen jeglichen Alters, die, ohne durch verwandtschaftliche bzw. nachbarschaftliche Beziehungen oder durch ein Amt dazu verpflichtet zu sein, unentgeltlich oder gegen ein geringfügige, weit unterhalb einer tariflichen Vergütung liegenden Entschädigungen sich für soziale Aufgaben in einem institutionellen Rahmen zur Verfügung stellen“ (RAUSCHENBACH 2007, S. 226).

Festzuhalten nach dieser Definition sei, dass es eine Tätigkeit ist, die nichts mit dem Umfeld des Engagierten zu tun hat sowie ohne Geld geschieht und in jedem Alter ausgeführt werden kann. Die folgende Definition bezieht sich nur auf den Begriff des Ehrenamtes und heißt nachfolgend:

„Demgegenüber lässt sich in einer eher funktionalen Bestimmung das Ehrenamt umschreiben als eine Form der gesellschaftlich- sozialen Tätigkeit, die weit unterhalb tariflicher Entlohnung überwiegend in milieugeprägten oder milieuerzeugenden , lokalen Vereinen, Verbänden und Initiativen aus unterschiedlichsten Motiven von Menschen aller Altersgruppen- im sozialen Sektor insbesondere von Frauen – ausgeübt wird, ohne Vertrag und ohne zeitliche Verpflichtung, aber auch ohne Gewährleistung einer gewissen Qualität des Handelns, mit einer Rückerstattungserwartung , die vorrangig an immateriellen , symbolischen, in jüngerer Zeit aber auch zunehmend an indirekten, materiellen Gratifikationen ausgerichtet ist“.

(RAUSCHENBACH 2005, S. 346).

Diese Definition ist um einiges spezifischer bezogen auf den Ort der Tätigkeiten, geschlechtsspezifische sowie auf die vielleicht gewährte Entlohnung.

Die letzte Definition, die vorgestellt wird, bezieht sich auf den Begriff der Freiwilligenarbeit und definiert sich so:

„ Freiwilligenarbeit bzw. freiwilliges Engagement soll definiert werden als eine freiwillige, geplante , aktive, nicht entlohnte , legale und zumindest lose koordinierte Hilfeleistung , die nicht ausschließlich in familiäre oder freundschaftliche Kontext gebettet ist , sich zumindest auch an Dritte richtet und außerberuflich ausgeübt wird“ (EMMERICH 2012, S. 34).

Auch diese Definition beinhaltet, dass es eine Tätigkeit ohne Vergütung sei sowie nicht im Umfeld geschehen sollte. Demgegenüber beinhaltet diese Definition, dass eine Freiwilligenarbeit außerhalb des Hauptberufes steht und eine Hilfeleistung darstellt.

Insgesamt betrachtet kann man zwei Hauptpunkte feststellen: das ein ehrenamtliches Engagement beziehungsweise eine Freiwilligenarbeit ohne Vergütung geschieht sowie nicht im eigenen Umfeld umgesetzt werden soll, sondern sich an Dritte richten soll.

Für diese Ausarbeitung wird die dritte Definition der Freiwilligenarbeit als prägnanteste und übersichtlichste angesehen und verwendet.

6.2 Die Bedeutung der Freiwilligenarbeit für eine Reduzierung von Stigmata

In vielen Studien zu jener Thematik wird angedeutet, dass der direkte Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen zu einer Reduzierung von Stigmata und Ängstlichkeit gegenüber der Betroffenen führt. Genau diese Aussagen und jene Belege sind ausschlaggebend für die Wichtigkeit der Freiwilligenarbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Dabei geht es bei der Freiwilligenarbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung um den sozialen Kontakt außerhalb der therapeutischen oder institutionellen Beziehung sowie wird die Isolierung der Institution durch Kontakt der Gesellschaft mit den psychisch erkrankten Menschen vermieden. In diesem Zusammenhang haben die psychisch erkrankten Menschen eine Chance durch die Beziehung zu einem Freiwilligenarbeiter an sozialen und kulturellen Ereignissen in der Gemeinde teilzunehmen sowie am alltäglichen Leben in einer Gemeinschaft. „Die Begegnung findet auf gleichberechtigter Ebene, auf gleicher Augenhöhe statt. Es gibt keine ordnungspolitischen Aspekte“ (GÖRRES UND ZECHERT 2009, S. 17), sprich es findet keine Diskriminierung statt und keine Zusammenarbeit aus Bestimmungen. Die Hilfe der Freiwilligenarbeiter soll den psychisch erkrankten Menschen im Alltag weiterhelfen und sie im offenen Umgang mit anderen Mitgliedern in der Gesellschaft fördern oder anderen individuellen Problemen im Alltag.

Weiterführend sei schon in der Psychiatrie Enquete 1975, damals noch als Laienhilfe betitelt, festgehalten, wie essentiell die Gemeinde für die Gemeindepsychiatrie sei. Gründe hierfür seien, dass durch nur professionelle Hilfe und Unterstützung das Umfeld des psychisch erkrankten Menschen minimiert wird und die Öffentlichkeit zu dem Gedanken geführt werden könnte, nicht bedeutend genug für diesen Bereich zu sein. Doch nur durch Kontakt zu der Gemeinde, kann Gemeindepsychiatrie auch gelebt werden. Denn nur der soziale Kontakt integriert psychisch erkrankte Menschen vollkommen wieder in ein „normales“ Umfeld. Festzuhalten sei jedoch, dass gerade die Freiwilligenarbeit im Bereich der Gemeindepsychiatrie stagniert und dies zurückzuführen sei auf eine gesellschaftliche Stigmatisierung jenes Personenkreises (DACHVERBAND PSYCHOSOZIALE HILFSVEREINIGUNG E.V. 1999, S. 4ff.). Doch man darf nicht vergessen, die Freiwilligenarbeiter sind die Brücke zwischen der Institution der

Gemeindepsychiatrie und der Gesellschaft. Zusammenfassend haben NOUVERTNÉ UND SCHÖCK (2002, S. 316) dies so formuliert:

„ Eine Psychiatrie ohne das Engagement ehrenamtlicher Kräfte ist eine Psychiatrie, der wichtige Kontakte zur Gesellschaft fehlen und die ihrer Aufgabe, psychisch Erkrankten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu bewegen nur sehr eingeschränkt nachkommen kann.“

Um eine Psychiatrie zur Gemeindepsychiatrie mit ihren Aufgaben zu machen, benötigt man Programme, die die Freiwilligenarbeit fördert. Zu diesem Thema gibt es das sogenannte „Lernfeld Solidarität“ (GÖRRES UND ZECHERT 2009, S. 20). Zwar sind in Deutschland laut dem Freiwilligensurvey 2009³ (GENSICKE UND GEISS 2010, S. 4) 36 % der Bevölkerung ab 14 Jahren freiwillige Engagierte, allerdings sei ein Rückgang der Zahlen der Freiwilligenarbeiter nach GÖRRES UND ZECHERT (2009, S.20) zu verzeichnen. Daher benötigt es Strategien zu entwickeln, die die Gesellschaft anspricht und sie dazu bewegt, sich freiwillig für ihre Gemeinde zu engagieren. Um dies zu erreichen, muss man sich im Klaren werden, was die wichtigste Botschaft sein sollte, um die Gesellschaft anzusprechen. Hierbei sollte die Botschaft sein „ (...) eine stärkere Identifizierung des Einzelnen mit seiner Gemeinde und auf die Mitverantwortung des Einzelnen für das Ganze gesetzt“ (GÖRRES UND ZECHERT 2009, S. 21). Dies ist also die Grundbotschaft, zur Stärkung der Motivation zur Freiwilligenarbeit. Diesbezüglich hat H.-E. Richter schon 1975 ein Buch publiziert mit dem Titel „Lernziel Solidarität“, damit meint er, dass die einzelnen Gruppen der Gesellschaft, wie die Professionellen, Betroffenen und Laien miteinander kooperieren sollen und einen Schritt aufeinander zu gehen sollen. Nur durch einen Zusammenhalt kann man die Grundbotschaft umsetzen, indem man Solidarität zeigt und diese vielleicht auch wieder erlernt.

Initiativen, die in Deutschland gegründet wurden, um die Freiwilligenarbeit zu stärken, seien das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement und der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement bildet sich aus der Empfehlung der Enquete Kommission 2002 heraus und dient als Förderung von Freiwilligenarbeit in Deutschland durch Informationsmaterial über Freiwilligenarbeit, Forums zum Austausch sowie verschiedenen Projektarbeiten zum Thema. Kritisch zu diesem Netzwerk muss man bemerken, dass es bis jetzt noch keine

³ siehe Anhang 2

Kooperationsarbeit mit psychiatrischen Einrichtungen gibt sowie kaum Publikationen über die ehrenamtliche Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen. Demgegenüber steht der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., der durch viele Veranstaltungen und Kongresse im Bezug auf die Freiwilligenarbeit engagiert, genauso Unterstützungen bietet. Zum Beispiel wurde in diesem Jahr im Januar zuerst wieder ein Kongress vom Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. über das bürgerschaftliche Engagement in Bayern organisiert. Zusätzlich bieten sie aus eigenen Erfahrungen heraus Tipps, wie man Freiwilligenarbeiter gewinnt oder vorgefertigte Zertifikate für ehrenamtliche Mitarbeiter⁴ (GÖRRES 2013a, S. 1ff. / GÖRRES 2013b, S.1ff.).

Wie das Freiwilligenurvey 2009 (GENSICKE UND GEISS 2010, S.7) dargelegt hat, hat sich „der Anteil der zum Engagement Bereiten in der Bevölkerung zwischen 1999 und 2009 von 26 % auf 37 % stark vergrößert“⁵. Dies bedeutet, dass man das vorhandene Potenzial aufmerksam machen muss auf den Bereich der Gemeindepsychiatrie machen muss, um hier die Freiwilligenarbeit besser zu integrieren und dadurch eine Inklusion⁶ der psychisch erkrankten Menschen zu erreichen. Diesbezüglich wird im kommenden Gliederungspunkt ein Kooperationskonzept vorgestellt, dass für eine gemeindepsychiatrischen Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden in Auftrag gegeben wurde, um das Interesse der „neugierigen“ Freiwilligen zu wecken.

6.3 Das Kooperationskonzept- von der Analyse bis zum schriftlichen Konzept

Das vorliegende Kooperationskonzept⁷ wurde für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden geschrieben. Die gemeindepsychiatrische Einrichtung setzt sich als Ziel, die Teilhabe in der Gesellschaft sicherzustellen und den Klienten eine Möglichkeit zu geben außerhalb der Institution soziale Kontakte zu knüpfen. Daher wurde im letzten Jahr Kontakt zu einem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden aufgenommen. Dieses Zentrum für Freiwillige dient als

⁴ siehe Anhang 3

⁵ siehe Anhang 2

⁶ Bedeutung „Einbeziehung, Einschluss, Einbeschlossenheit, Dazugehörigkeit“ (GÖRRES UND ZECHERT 2009, S. 116)

⁷ siehe Anhang 4

Vermittler und Unterstützer für interessierte Freiwillige. Das Zentrum für Freiwillige ist eine Institution der Stadt Wiesbaden und soll das ehrenamtliche Engagement in jener Stadt fördern. Da sich die Kooperation zwischen beiden Institution zu Beginn als schwierig darstellte, sollte ein Konzept erstellt werden, um einen festen Leitfaden für eine Kooperation zu haben.

In den nachfolgenden Schritten wird erläutern, wie das schriftliche Konzept zustande gekommen ist.

6.3.1 Die Definition des Konzeptes

Für jene Kooperation wählte die Verfasserin ein Kommunikationskonzept. Der Grund hinter dieser Wahl sei auf der einen Seite, dass es kaum eine ausgereifte Literatur zu einer Erstellung von Konzepten gibt und auf der anderen Seite, dass die Kommunikation am bedeutendsten für eine Kooperation sei. Daher wurde ein Kommunikationskonzept gewählt, dass die Kommunikation zwischen den beiden Kooperationspartnern sicherstellen soll. Ein Hinweis sollte hierzu sein, dass für das Konzept ausschließlich die Literatur nach Schmidbauer (2011) gewählt wurde, um eine einheitliche Struktur sicherzustellen. SCHMIDBAUER (2011 S. 30) beschreibt ein Kommunikationskonzept folgend: „ Das Kommunikationskonzept nimmt auf Basis einer gründlichen Analyse mit klar strukturierten strategischen Entscheidungen Kurs auf eine angestrebte Problemlösung“. In diesem Fall besteht die Problemlösung daraus, dass es noch keine Kooperation zwischen den Kooperationspartnern entstand sowie man eine Zusammenarbeit am besten gestalten könnte, da beide Seiten noch keine Erfahrungen im jeweilig anderen Fachbereich gemacht haben. Darüber hinaus sollte ein Konzept folgend als Hilfestellung dienen: „Es zieht Richtschnüre mitten ins unübersichtliche Gelände, an denen sich die Kommunikation später in der Umsetzung orientieren kann. Die Konzeptionsmethodik beinhaltet die für das Richtschnurziehen notwendige Regeln und Werkzeuge“(SCHMIDBAUER 2011, S.20). Diese Regeln und Werkzeuge werden in folgenden Unterpunkten transparent dargestellt und dienen als wichtige Beigabe zum Konzept. Diesbezüglich sei auch eine gewisse Zutat die Kreativität sowie die Kunst der Einfachheit und Praktikabilität (SCHMIDBAUER 2011, S.21 f.). Diese Beigaben, sprich Instrumente, Kreativität, Einfachheit und Praktikabilität sichern ein Kommunikationskonzept, dass jede Person der Kooperation nachvollziehen kann sowie

in die Praxis umsetzbar sei. Das Wichtigste jedoch für die kommenden Schritte zur Erstellung des Konzeptes sei, dass man die Emotionen der Zielgruppe anspricht sowie versucht, einen Weg zu finden, die Kommunikation für beide Kooperationspartner zu erleichtern.

Für die folgenden Schritte ein Hinweis: die einzelnen Schritte werden kurz theoretisch erläutert und im Anhang wird die praktische Umsetzung dargestellt. Außerdem ist das Kooperationskonzept aus der Perspektive der gemeindepsychiatrischen Einrichtung geschrieben worden.

6.3.2 Phase I Die Analyse der Kooperationspartner

Nach SCHMIDBAUER (2011, S.28) sei der erste Schritt eines Konzeptes die Analyse und soll die Ist Situation der Kooperationspartner strukturiert und transparent gestalten. Hierzu sei diese Phase in zwei Blöcke unterteilt. „Im ersten Teil werden die notwendigen Daten, Fakten und Hintergrundinformationen gesammelt und strukturiert geordnet. Im zweiten Teil kommt es darauf an, die gesammelten Fakten zu komprimieren, zu bewerten und Zusammenhänge sichtbar zu machen“. (SCHMIDBAUER 2011, S.28). Zu Beginn wird die vorläufige Aufgabenstellung bestimmt. Hierzu wird die Lage geschildert, die Probleme identifiziert und Aufgaben der Kooperation festgelegt⁸. Als nächster Schritt folgt das sogenannte „Briefing“ (SCHMIDBAUER 2011, S.31), dass die Aufgabe bedient „die zielgerichtete Instruktion über alle Daten, Fakten und Einflussgrößen, die für die Lösung der gestellten Aufgaben relevant sind“. Zu diesem Punkt wird zuerst mal ein schriftliches Briefing⁹ in mehreren Schritten verfasst, dass alle wichtigen Informationen über die gemeindepsychiatrische Einrichtung beinhalten. Danach wird mit Hilfe eines Briefingkompasses¹⁰ Fragen für ein Briefinggespräch zusammengestellt. Dieses Gespräch fand zwar nicht zwischen der Verfasserin und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung statt, trotzdem war jener Kompass für die weiterführende Arbeit hilfreich. Darauf folgte eine Recherchephase mit dem formulierten Briefingkompass, um gestellte Fragen sich selbst zu beantworten und das

⁸ Siehe Anhang 5

⁹ siehe Anhang 6

¹⁰ siehe Anhang 7

Wissen über die Materie zu vergrößern. Im Anschluss wurde ein Faktenspiegel¹¹ entworfen, „der Faktenspiegel ist die strukturierte Sammlung aller für die Kommunikationsaufgabe relevanten Fakten und Hintergrundinformationen“ (SCHMIDBAUER 2011, S.43). Dieser Faktenspiegel wird in interne und externe Fakten eingeteilt, was in diesem Fall bedeutet: interne Fakten aus der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und externe Fakten aus dem Zentrum für Freiwillige. Der nächste Schritt der Analysephase sei ausschlaggebend für alle folgenden Phasen und wird als „SWOT-Analyse“¹² (SCHMIDBAUER 2011, S.45) bezeichnet. Diese Abkürzung steht auf deutsch für Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken. Mit dieser Analyseart minimiert man die Daten des Faktenspiegels und erhält dadurch eine ausschlaggebende Transparenz. Die SWOT- Analyse wird im weiteren Verlauf immer wieder eine Funktion darstellen, um einen Überblick über den Ist Zustand zu erlangen.

Der vorletzte Schritt der Phase beinhaltet die sogenannte „Ist/Soll – Brücke“¹³ (SCHMIDBAUER 2011, S.49). Sie wird als Brücke bezeichnet, da sie den Übergang zur nächsten Phase schaffen soll: der Strategie Phase. Hierzu wird im Ist- Bereich die SWOT Analyse zur Hilfe gezogen und auf der Soll Seite werden die möglichen strategischen Folgen von dem resultierenden Ist Stand abgeleitet. Als letzter Schritt der Analyse-Phase gilt es nochmals die Aufgabenstellung¹⁴ zu korrigieren und zu konkretisieren. Zusammengefasst besteht die Analyse-Phase aus sechs Schritten: die Aufgabenstellung, das Briefing, die Recherche, der Faktenspiegel, die SWOT-Analyse und die geänderte Aufgabenstellung. All diese Schritte sollen zur nächsten Phasen führen und diese vereinfachen sowie durchscheinend gestalten.

6.3.3 Phase 2 Die Strategie des Vorgehens

In der Analyse- Phase wurde der aktuelle Stand der Einrichtung widergespiegelt und nun sollte die Zukunft des Konzeptes festgelegt werden. Die Zukunft bestimmt die Strategie-Phase. „Die strategischen Entscheidungen des Kommunikationskonzepts entwickeln den langfristig stabilen Bezugsrahmen, in den anschließend die kreativen

¹¹ siehe Anhang 8

¹² siehe Anhang 9

¹³ siehe Anhang 10

¹⁴ siehe Anhang 11

Ideen und die operativen Maßnahmen eingepasst werden“ (SCHMIDBAUER 2011, S.58). Um dies zu erreichen benötigt man sechs Schritte zum Ziel: die Zielgruppe, die Kommunikationsziele, die Positionierung, die Dachbotschaften, die Handlungsstrategie und der strategische Wert (SCHMIDBAUER 2011, S.58). Diese einzelnen Schritte werden in diesem Zusammenhang kurz erläutert. Die Zielgruppe des Konzeptes entscheidet im Endeffekt zum Schluss, ob die Kooperation scheitert oder sich durchsetzt. Daher sollte man sich zu Beginn klar werden, wer die Zielgruppe sei und welche Informationen über jene Gruppe gesammelt werden können. Die Zielgruppenstruktur¹⁵ verrät letztendlich, wer die Zielgruppe ist, welche Funktion jene hat sowie das Format des Personenkreises. Darüber hinaus werden „Kommunikationsabsender, Kommunikationsmittler und Kommunikationsadressat“ (SCHMIDBAUER 2011, S.62) bestimmt. Darauf folgt ein Zielgruppenprofil¹⁶ mit den „Basisinformationen, Einstellung der Zielgruppe, Verhalten, Kommunikationsmittel und die Motivation“ (SCHMIDBAUER 2011, S.67) der Zielgruppe. Jene Auskünfte sind jedoch aus einer sehr subjektiven Weise zu betrachten und nicht aus wissenschaftlichen Hintergründen. Nachdem die Zielgruppe definiert und festgelegt worden sei, wird die Zielsetzung¹⁷ formuliert. „Ziele sind die Richtgröße für das kommunikative Planen und Handeln“ (SCHMIDBAUER 2011, S.68) und sind daher ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes. Um die Zielsetzung zu formulieren, benötigt man die schriftliche Ausarbeitung der vorigen Phasen. Die Zielsetzung besteht zum Schluss aus den Aufgabenstellungen und den dazugehörigen Zielen. Jene Ziele werden nochmals konkretisiert und in kurzfristige und langfristige Ziele unterteilt. Der nächste Schritt beinhaltet die Positionierung¹⁸, dies bedeutet „ein emotional geprägtes Bild in den Köpfen der Zielgruppe“ (SCHMIDBAUER 2011, S.75). Diese Positionierung erschließt sich aus der SWOT-Analyse und bildet sozusagen ein Leitbild der gemeindepsychiatrischen Einrichtung in Bezug auf die Kooperation. Wichtig zu beachten sei bei der Positionierung, dass sie an den Ist Zustand angepasst sei und das sie Praktikabel sei. Kommend werden die Dachbotschaften¹⁹ formuliert und konstatiert. Sie

¹⁵ siehe Anhang 12

¹⁶ siehe Anhang 13

¹⁷ siehe Anhang 14

¹⁸ Siehe Anhang 15

¹⁹ Siehe Anhang 16

sollen eine „inhaltliche Leitlinie für die gesamte Kommunikationsarbeit schaffen und allen Kommunikationsinhalten einen gemeinsamen Grundwert geben“ (SCHMIDBAUER 2011, S.81). Die Dachbotschaften manifestieren nochmals die Positionierung und sollen als wesentlicher Standpunkt dienen. Die Dachbotschaften präsentieren kurz und prägnant die gemeindepsychiatrische Einrichtung. In der Folge werden nun die Handlungsstrategien festgelegt. Diese können in verschiedenen Dimensionen festgehalten werden, in diesem Fall wurde sich für einen Strategiemix entschieden. Dieser Mix beinhaltet die Koalitionsstrategie, Mehr-Phasen Strategie und die Dialogstrategie. Zusammenfassend kann zu dieser Entscheidung dargelegt werden, dass die Kooperation zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige eine langfristige Zusammenarbeit postuliert werden soll, bestehend aus mehreren Phasen, in der hauptsächlich der Dialog als Instrument genutzt wird. Die Handlungsstrategien²⁰ werden darüber hinaus nochmal einzeln mithilfe der SWOT Analyse formuliert. Hierzu werden die Kategorien der Chancen und Risiken wieder verwendet und in Zusammenhang gebracht. Der letzte Schritt beinhaltet eine Zusammenfassung jedes einzelnen Schrittes der zweiten Phasen in einer Strategietafel²¹ und wird dadurch nochmals geprüft. „Die Tafel fasst die gesamte strategische Strecke in einer kompakten Tabelle stichwortartig zusammen“ (SCHMIDBAUER 2011, S.97). Diese Strategietafel ist nach eigener praktischer Erfahrung sehr hilfreich und bietet für jeden Beteiligten an der Kooperation einen soliden Überblick.

Nach den ersten zwei sehr theoretischen Phasen folgt eine kreative Phase mit Leitideen.

6.3.4 Phase 3 Die kreative Leitidee

Die Kreativitäts-Phase beinhaltet nun die praktische Phase in der man seine eigenen Ideen einfließen lassen kann und der keine Grenzen gesetzt sind. Hierzu wird ein Brainstorming ausgeübt. SCHMIDBAUER (2011, S.106) verwendet hierzu die „Big Idea“ die strukturübergreifend und prozessübergreifend sein sollte. Dies bedeutet, dass die „Big Idea“ auf der einen Seite unabhängig von den Instrumenten, die zur Leitidee verwendet werden sollten sowie in diesem Fall die Kooperation komplett verkörpert. Diesbezüglich wurde die Art des Slogans ausgewählt. Ein Slogan lässt eine

²⁰ siehe Anhang 17

²¹ siehe Anhang 18

Identifikation mit der Kooperation für die Zielgruppe zu. Dadurch entsteht ein emotionales Gefühl zu allen theoretischen Hintergründen. Nach einem längeren Brainstorming und immer wiederkehrenden Evaluation der einzelnen Ideen, entstand zum Schluss für die Kooperation zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige jener Slogan: „Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt! Eine Kooperation zwischen ehrenamtlichen Engagement und der gemeindenahen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen.“ Dieser Slogan injiziert, dass die Menschen, mit denen zusammengearbeitet werden soll, eine Besonderheit haben, jedoch ein Recht haben, als vollwertiger Bürger in der Stadt mit zu leben. Der Beginn „Andersartig, na und?!“ dient als Aufhänger und soll als Leitidee gelten. Darüber hinaus wurde noch ein Symbol²² entworfen, das sich an die einzelnen Zeichen beider Kooperationspartner anlehnt.

Zum Schluss dieser Phase müssen nun alle grundlegenden organisatorischen Dinge beschrieben werden.

6.3.5 Phase 4 und 5: Die operativen Vorlagen und die endgültige Umsetzung des Konzeptes

Dieser Teil des beschriebenen Kommunikationskonzeptes nach Schmidbauer wurde für jenes Kooperationskonzept verkürzt verwendet, da manche Aspekte nicht relevant für ein Kooperationskonzept waren. Zu Beginn wurden die Maßnahmen geplant und nach Zeit und Grundmaßnahmen²³ eingeteilt. Darauf folgten die Stammmaßnahmen, die mit den Grundmaßnahmen verbunden wurden. Nachdem bei den Handlungsstrategien festgelegt wurde, dass nach der Strategie der Mehr-Phasen gearbeitet wird, wurden eine Vorbereitungs-, Implementations- und Evaluationsphase gebildet. Die Einzelmaßnahmen wurden den einzelnen Phasen zugeteilt und folgend genauer erläutert.²⁴ Während dieser Verknüpfung und Erläuterung wurden die Maßnahmen immer wieder überprüft mithilfe der vorliegenden gesammelten Daten und Strategien, sowie der kreativen Leitidee. Zum Schluss dieser Phase wurden die einzelnen

²² Siehe Anhang 19

²³ siehe Anhang 20

²⁴ siehe Anhang 21

Maßnahmen zeitlich in eine Übersicht klassifiziert.²⁵ Zu bemerken sei, dass es noch keine Planung für die Etatsätze gibt, da jene Information nicht in der Berechtigung der Verfasserin liegt.

Die letzte Phase beinhaltet die Entwicklung der Konzeptpräsentation sowie die Verschriftlichung der oben vorgestellten Phasen in ein zusammenhängendes, übersichtliches Konzept. Hierzu werden alle oben genannten Phasen anteilig in die Präsentation und in das Konzept einfließen. Zu beachten sei bei dieser Phase, dass die Präsentation die wichtigsten Informationen beinhaltet ebenso wie das Konzept selbst zwar ausführlich sei, jedoch einfach und praktikabel dargestellt wird.

Im Anhang findet man das komplett ausgearbeitet Konzept wieder²⁶, was nach der Verschriftlichung zu dem Auftraggeber der Verfasserin, der gemeindepsychiatrischen Einrichtung zur Kontrolle versendet wurde und nach mehreren Absprachen fertig gestellt wurde. Festzuhalten sei, dass das Konzept einen Prozess darstellen soll, daher sind alle einzelnen Segmente dafür gemacht, verändert oder gestrichen zu werden. Das Kooperationskonzept zwischen den beiden Einrichtungen soll kein starres, feststehendes Konzept darstellen, sondern nach Wünschen und Bedürfnissen veränderbar sein.

Kurz vor der Beendigung dieser Arbeit fand ein Treffen der Kooperationspartnern und der Verfasserin statt. Das Ergebnis des Konzeptes sei, dass es mit einer paar kleinen Veränderung übernommen wird und dass eine Kooperation zustande kommt. Die Veränderungen werden im angefügten Konzept genauer dargelegt.²⁷

Durch jene offene, zukunftsstrebende Einstellung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige sei ein erster Schritt in die richtige Richtung, nämlich zur Reduzierung von Stigmatisierung, getan.

²⁵ siehe Anhang 22

²⁶ siehe Anhang 4

²⁷ siehe Anhang 4

7. Der Schluss – Die Bewältigung von Stigmata in der Welt der „Normalen“ ?!

Rückblickend auf die Einführung in das Thema mit dem Zitat von Mark Twain mit der Aussage, dass jeder Mensch verrückt wäre und das man so das Leben erklären könnten, kann man nun nach der Erläuterung von Stigmatisierung, dieses Zitat nochmal anders auslegen. Das Zitat soll uns aufzeigen, dass wenn jeder Mensch seine eigenen Besonderheiten erkennt und diese akzeptiert, auch andere Menschen wegen Besonderheiten nicht diskriminieren. Stigmata können vermieden werden, wenn man die Menschen in der Gesellschaft so respektiert wie sie sind, egal ob sie anders denken, die Welt anders betrachten oder andere Verhaltensweisen aufzeigen. Kein Mensch sollte wegen einer „Andersartigkeit“ ausgegrenzt und isoliert werden. Darüber hinaus sollte man es als Chancen sehen etwas anderes, besonderes kennenzulernen. Nach eigenen Erfahrungen der Verfasserin kann man durch die Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen viel voneinander lernen und seine Sichtweise über die Gesellschaft erweitern.

Wenn der Weg zwischen der Gemeindepsychiatrie und der Gesellschaft mit einer Offenheit und Akzeptanz beschritten wird, kann man auch die Teilhabe an der Gesellschaft sichern. Jedoch soll hierzu nicht nur die Gesellschaft aufgerufen werden, sich selbst zu reflektieren, sondern auch die Medien, Politik, die eigenen Professionen sowie jeder einzeln psychisch erkrankte Menschen. Denn beide Seiten nehmen die Rolle des Stigmatisierenden und Stigmatisierten ein. Die wichtigsten Zutaten für eine funktionierende, einheitliche Gesellschaft seien jene, die mit transparenten, kommunikativen Mitteln ausgestattet sind und erlauben, seine eigene Meinung zu bilden, nachdem man einen direkten Einblick gewonnen hat.

Die Bewältigung von Stigmatisierung durch die Verbindung zu einer Freiwilligenarbeit stellt eine Chance dar, jedoch noch keine allumfassende Lösung für die Problematik. Doch es muss ein Anfang gefunden werden und nach Ansicht der Verfasserin sowie einigen Studien seien die direkten Kontakte zweier noch unterschiedliche Welten der problemlösende.

Abschließend noch zu sagen wäre, auf die Überschrift jenes Kapitels bezogen: Man kann nur Stigmatisierungen bewältigen, indem man an der Gesellschaft mit einer Lösung ansetzt, doch Normal oder Anders gibt es nicht. Jeder Mensch ist gleich und jeder Mensch hat eine ganz individuelle Besonderheit an sich!

Quellenverzeichnis

I. Literaturverzeichnis

Angermeyer, Matthias C.: Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit. In: Reimer, Fritz (Hrsg.): Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. Tropon Symposium, Bd. IX. Springer Verlag: Berlin 1994 . S. 1- 10. *zitiert nach* Zäske, Harald; Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang: Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrischer Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg.): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 56- 83.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). Die UN- Behindertenrechtskonvention. Ein Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Berlin: Hausdruckerei BMAS Bonn, 2010.

Bergler, Reinhold. Psychologie Stereotyper Systeme. Ein Beitrag zur Sozial- und Entwicklungspsychologie. Bern: Verlag Hans Huber, 1966.

Bisler, Wolfgang: Stigma. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien: Wiesbaden, 5 Auflage, 2011, S. 658.

Ciampi, Luc: Sozialpsychiatrie heute – was ist das? Versuch einer Klärung. In: Finzen, Asmus; Hoffmann-Richter, Ulrike (Hrsg.) Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1995.

Crocker, Jennifer; Major, Brenda; Steele, Claude: Social stigma. In: Gilbert, Daniel T.; Fiske, Susan T; Lindzey, Gardner (Hrsg.): The Handbook of Social Psychology. Volume 2. Ma: McGraw Hill: Boston 1998, S.504- 553.

Dachverband Psychosoziale Hilfsvereinigung e.V. (Hrsg.): „Was nichts kostet, ist unbezahlbar!“ Bürgerhilfe in der Psychiatrie – europäische Perspektiven. Tagesdokumentation, Dachverband Psychosoziale Hilfsvereinigung e.V.: Irsee, 1999.

Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Auswirkungen der Reform der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken. Ergebnisse einer empirischen Erhebung. Nomos- Verlag: Baden- Baden, 1995.

Emmerich, Johannes: Die Vielfalt der Freiwilligenarbeit . Eine Analyse kultureller und sozialstruktureller Bedingungen der Übernahme und Gestaltung von freiwilligem Engagement. LIT Verlag Dr. W. Hopf: Berlin, 2012.

Faust, Volker: Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft. Was befürchtet der psychisch Kranke vom Gesunden- Was weiß der Gesunde vom psychisch Kranken? Band 1. Hippokrates Verlag: Stuttgart, 1981.

Finzen, Asmus: Psychose und Stigma. Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrie- Verlag: Bonn, 2001.

Forster, Rudolf: Psychiatriereformen zwischen Mediatisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Westdeutscher Verlag: Opladen, 1997. *zitiert nach* Eikelmann, B.; Reker, T.; Richter, D.: Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker- Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2005, Heft Nr. 11, S. 664-673.

Franz, Michael : Hessische Enthospitalisierungsstudie. Bericht für den Landeswohlfahrtsverband über den Untersuchungszeitraum 1994 – 1997. LWV Hessen und Justus-Liebig Universität Giessen, 1994-1997.

Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma-Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005.

Gaebel, Wolfgang.; Baumann, Anja; Witte, M. Diskriminierungs- und Unterstützungserfahrungen im Zusammenhang mit psychischer Krankheit. Eine Befragung von Patientinnen und Patienten der Rheinischen Kliniken Düsseldorf. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich- Heine- Universität Düsseldorf, 2001, Unveröffentlichtes Manuskript. *zitiert nach* Zäske, Harald; Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang: Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrischer Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 56- 83.

Gaebel, Wolfgang; Müller-Spahn, Franz: Psychische Krankheit und Gesundheit. IN: Gaebel, Wolfgang.; Müller- Spahn, Franz. (Hrsg.). Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2002, S.29-34. *Zitiert nach* Zäske, Harald; Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang: Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrischer Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 56- 83.

Gensicke, Thomas; Geiss, Sabine: Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. TNS Infratest Sozialforschung: München, 2010.

Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp taschenbuch wissenschaft: Frankfurt am Main , 1975.

Görres, Birgit; Zechert, Christian: Der dritte Sozialraum als Handlungsort gemeindepsychiatrischer Organisationen. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.: Bonn, 2009.

Grausguber, Alfred: Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 18- 39.

Gromann, Petra: Der personenzentrierte Ansatz im Betreuten Wohnen. In: Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): GeWOHNtes Leben .Psychiatrie in der Gemeinde. Paranus Verlag der Brücke GmbH: Neumünster,2002, S. 162- 174.

Groß,Thomas M. : Das Stigma psychischer Erkrankungen. Theorien und Methoden. AFRA- Verlag: Butzbach-Griedel, 2000.

Hahn, Ulrike: Gemeindepsychiatrie im Transformationsprozess. Chronologie des Wandlungsprozesses im Ilm- Kreis 1990- 1999. Shaker Verlag: Aachen, 2002.

Jones, Edward E.; Farina, Amerigo; Hastorf, Albert H.; Markus, Hazel; Miller, Dale T.; Scott, Robert: Social Stigma. The Psychology of Marked Relationships. W.H.Freeman: New York, 1984. *zitiert nach* Grausguber, Alfred: Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 18- 39.

Krumm, Silvia; Becker, Thomas: Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 179-195.

Kulbe, Anette. Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2. Auflage, 2009.

Kunze, Heinrich.: Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In: Schmidt-Zadel, Regina; Kunze, Heinrich (Hrsg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht Kassel 03/04 Juni. AKTION PSYCHISCH KRANKE. Psychiatrie- Verlag: Bonn, 2004, S. 17- 29.

Lamnek, Siegfried; Tretter, Felix: „Psychisch Kranke und Psychiatrie im Meinungsbild der Münchner“. Krankenhauspsychiatrie 2 , 1991. *zitiert nach* Vogd, Werner: Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen. Eine soziologische Analyse im Spannungsfeld von Professionellen, Angehörigen, Betroffenen und Laien. Verlag für Wissenschaft und Forschung GmbH: Berlin, 2001.

Lauber, Christoph; Rössler, Wulf: Empowerment und Stigma. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg.): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 212- 218.

Möller – Leimkühler, Anne Maria: Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg.): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 40-55.

Mosher, Loren R.; Burti, Lorenzo: Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Psychiatrie- Verlag: Bonn, 1992.

Nouvertné, Klaus; Schöck, Gustav „Bürgerhilfe in der Psychiatrie – so notwendig wie schwierig“ IN: Bock, Thomas ; Weigand, Hildegard (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie –Verlag, Bonn, 5. Auflage, 2002, S.315-327.

Peukert, Reinhard: Einführung in den Personenzentrierten Ansatz. In: Schmidt-Zadel, Regina; Kunze, Heinrich (Hrsg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht Kassel 03/04 Juni. AKTION PSYCHISCH KRANKE. Psychiatrie- Verlag: Bonn, 2004, S. 63-77.

Rauschenbach, Thomas. Ehrenamt. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag: München, 2. Auflage, 2001, S. 344-360.

Rauschenbach, Thomas. Ehrenamtliche/freiwillige Tätigkeit im sozialen Bereich. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 6. Auflage, 2007, S.226-228.

Rothfitz, Lauri Philipp: Die Konvention der Vereinten Nationen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung. Eine Analyse unter Bezugnahme auf die deutsche und europäische Rechtsebene. Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften: Frankfurt am Main 2010.

Rüesch, Peter. Soziale Netzwerke und Lebensqualität. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 196- 212.

Scheff, Thomas J.: Das Etikett "Geisteskrankheit". Soziale Interaktion und psychische Störung. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH: Frankfurt am Main 1980.

Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011.

Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. Verlag C.H. Beck, München, 2006.

Schubert, Franz Christian: Stigma. In: Arnold, Wilhelm; Eysenck, Hans Jürgen.; Meili, Richard: Herders Lexikon der Psychologie. Verlag HOHE GmbH, Erfstadt, 2007, S.2220.

Schur, Edwin M.: Labeling deviant behavior. Its sociological implications. Harper & Row: New York, 1971 (dt. Übersetzung 1974).

Vogd, Werner: Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen. Eine soziologische Analyse im Spannungsfeld von Professionellen, Angehörigen, Betroffenen und Laien. Verlag für Wissenschaft und Forschung GmbH: Berlin, 2001.

Wieser, Stefan: Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Die soziale Karriere des psychisch Kranken. Rowohlt Verlag GmbH: Reinbek bei Hamburg 1973.

Zäske, Harald; Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang: Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrischer Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 56- 83.

II. Zeitschriftenverzeichnis

Baumann, A.; Zaeske, H. ; Gaebel, W.: Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm. Auswirkungen auf Wissen, Einstellung und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen“. In: Psychiatrische Praxis, 2003, 30, S. 372- 378.

Carius, D.; Steinberg, H.: Allgemeinsprachliche Bezeichnung für psychisch Kranke und Auffällige im Deutschen. Etymologisch-sprachweltbildliche Reflexionen. In: Psychiatrische Praxis, Oktober 2000, Heft Nr. 7, S.321-326.

Corrigan, PW.; Penn, D.: Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. In: American Psychologist, September 1999, Heft Nr. 9, S. 765- 776. *zitiert nach* Rüesch, Peter. Soziale Netzwerke und Lebensqualität. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 196- 212.

Eikermann, B.; Reker, T.; Richter, D.: Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker- Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2005, Heft Nr. 11, S. 664- 673.

Friedrichs, J.; Jagodzinski, W.: Theorien sozialer Integration. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1999, Sonderheft 39. S. 9-43. *zitiert nach* Eikermann, B.; Reker, T.; Richter, D.: Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker- Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2005, Heft Nr. 11, S. 664- 673.

Gaebel, W. ; Baumann, A.; Witte, M. Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. In: Der Nervenarzt, Juli 2002, Heft Nr. 7, S.665-670.

Hayward, P.; Bright, J. A.: Stigma and mental illness: a review and critique. In: Journal of Mental Health, 1997, Heft Nr.4, S. 345-354. *zitiert nach* Grausguber, Alfred: Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung- Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 18- 39.

Hoffmann- Richter, U.: Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist Teil unserer Kultur. Ein Aufruf zu ihrer Erforschung. Psychiatrische Praxis: 2003; Heft Nr.7, S. 353 f.

Ingamells, S.; Goodwin, A. - M.; John, C.: The influence of psychiatric hospital and community residence labels social rejection of the mentally ill. British Journal of Clinical Psychology: September 1996, Heft Nr. 3, S. 359 – 367. *zitiert nach* Krumm, Silvia; Becker, Thomas: Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung-Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 179-195.

Jorm, A. F. : Mental Health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. IN: The British Journal of Psychiatry, November 2000, Heft Nr. 5, S. 396-401.

Kissling, W.: Die Stigmatisierung psychisch Kranker: Unser Problem? In: Psychiatrische Pflege, Oktober 2000, Heft Nr. 7, S. 313-315.

Lautmann, R.; Schönhals-Abrahamson, M.; Schönhals, M.: Zur Struktur von Stigmata. Das Bild der Blinden und Unehelichen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: Opladen, 24. Jahrgang, März 1972, S. 83 – 100.

Link, B. G.; Phelan, J. C.: Conceptualizing stigma. In: Annual Review Sociology, August 2001, 27. Jahrgang, S. 363- 385.

Schomerus, G.; Angermeyer, M. C.: Psychiatrie -endlich stigmatisiert? Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990-2011. In: Psychiatrische Praxis, Februar 2013, Heft Nr. 2, S. 59-61 .

Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T.; Leff, J.: Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. IN: British Journal of Psychiatry, Februar 1996, Heft Nr. 2, S.191-198. *zitiert nach* Zäske, Harald; Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang: Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrischer Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hrsg): Stigma- Diskriminierung- Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2005, S. 56- 83.

Zwemer, W.: Die Aufgabe der Pflege in der gemeindenahen Psychiatrie. In: Psychiatrischer Pflege, März 2003, Heft Nr. 3, S.123- 129.

III Online Ressourcen

Aktionsbündnis seelische Gesundheit : Antistigma- Massnahmen.2013.

<http://www.seelichegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen/stigmatisierung/antistigma-massnahmen> (Stand 10.04.2013)

Bibliographisches Institut GmbH: Stigma.2013.

<http://www.duden.de/node/701182/revisions/1237029/view>. (Stand 10.04.2013)

Görres, B.: Materialien des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zu bürgerschaftlichen Engagement in der Psychiatrie. Tipps zur Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter.2013a.

http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Buergerengagement/dach_gewinn.pdf

Görres, B.: Materialien des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zu bürgerschaftlichen Engagement in der Psychiatrie. Zertifikat für ehrenamtliche Mitarbeiter.2013b.

http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Buergerengagement/dach_zertifikat.pdf

Hohmeier, J.: Theoretische Grundlagen. In: Brusten,M.; Hohmeier, J. (Hrsg.).

Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen.1975.

<http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html#idp2162000>.

(Stand 22.03.2013)

Lengsfeld, D. (Hrsg.): NGO. Die Internet Zeitung.2013.

<http://www.ngo-online.de/2013/02/19/pferdefleisch-skandal/> (Stand 10.04.2013)

Melzer, G. (Hrsg.): Zitate, Literaturzitate, Allgemein.(ohne Jahreszahl)

<http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/1124/wenn-wir-bedenken-dass-wir-alle-verrueckt.html> (Stand 10.04.2013)

Peukert, R.: Einführung in die Gemeindepsychiatrie. In : Gromann, Petra; Peukert, Reinhard; Cramer, Manfred: Die Methode der Individuellen Behandlungs- und Rehaplanung - Einführung und Training.2001-2003.
<http://www.ibrp-online.de/> (Stand 10.04.2013)

Anhangsverzeichnis

Teil 1 Literaturhinweise und Zusatzmaterialien

Anhang 1	Ausschnitt aus der UN Behindertenrechtskonvention	54
Anhang 2	Das Freiwilligensurvey 2009	63
Anhang 3	Tipps von Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	77

Teil 2 Das Kooperationskonzept und dessen einzelne Phasen

Anhang 4	Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden	83
Anhang 5	Analyse der bestehenden Lage, der Problematiken und die Erstellung von Aufgaben	107
Anhang 6	Schriftliches Briefing der gemeindepsychiatrischen Einrichtung	108
Anhang 7	Briefingskompass	111
Anhang 8	Der Faktenspiegel	116
Anhang 9	Die SWOT Analyse	119
Anhang 10	Die Ist/Soll Brücke	120
Anhang 11	Die neue Aufgabenstellung	121
Anhang 12	Die Zielgruppenstruktur	122
Anhang 13	Das Zielgruppenprofil	123
Anhang 14	Die Zielsetzung	124
Anhang 15	Die Positionierung	126
Anhang 16	Die Dachbotschaften	127
Anhang 17	Die Handlungsstrategien	128
Anhang 18	Die Strategientafel	130
Anhang 19	Das Symbol der Kooperation	131
Anhang 20	Die Zeiten und Grundmaßnahmen	132
Anhang 21	Die Mehr- Phasen Strategie	134
Anhang 22	Überblick über die zeitliche Dimension der Kooperation	138

Teil 2

**Anhang 4 Kooperationskonzept für eine gemeindepsychiatrische
Einrichtung und ein Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden**

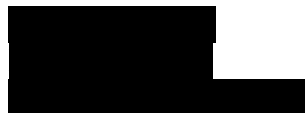
Aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit wird das Konzept ohne genauere Bezeichnung der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und dem Zentrum für Freiwillige genannt sowie werden in unvermeidlichen Textpassagen die Namen anonymisiert.



**Konzept für die Kooperation zwischen einem Zentrum
für Freiwillige und
einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung in
Wiesbaden**

Schriftliche Ausarbeitung

Vorgelegt von



Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	83
2.	Darstellung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.....	83
	2.1 Wohnen- die größte Dienstleistung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung	
	2.2 Arbeiten und Freizeit – jeder Bereich des alltäglichen Lebens wird abgedeckt	
	2.3 Positionierung der der gemeindepsychiatrischen Einrichtung zu Kooperationen	
3.	Ist/ Soll Stand der Kooperationspartner und Aufgabenstellung der Kooperation	88
4.	Das Ziel der Kooperation	89
5.	Die Handlungsstrategien der Kooperation	91
6.	Die Instrumente der Kooperation.....	94
	6.1 Implementationsphase der Kooperation	
	6.2. Evaluationsphase der Kooperation	
7.	Der Leitsatz der Zusammenarbeit	98
8.	Auswertung und tatsächliche Umsetzung der Kooperation	100
	Quellenverzeichnis.....	104

1. Einleitung

Im Rahmen des Bachelorstudiums „Pflegermanagement und Pflegewissenschaft“ an der Hochschule Neubrandenburg wurde dieses Kooperationskonzept erstellt, um das eigentliche Thema der Bachelorarbeit praktischer zu gestalten. Die Thematik der Bachelorarbeit bezieht sich auf folgende Überschrift: „ <Andersartige> in der Gemeinde der < Normalen>: Die Entstigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen durch ein Aufklärungsprojekt in der Gemeinde.“

In einigen Studien zur Thematik wird dargelegt, dass ein Kontakt mit psychisch kranken Menschen am besten geeignet ist einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Daher soll dieses Kooperationskonzept die Funktion erfüllen, einmal als Arbeitsgrundlage den Kooperationspartnern zu dienen, sowie als eine Aufklärungsarbeit in der Gemeinde durch ehrenamtliche Tätigkeiten.

Diese Thematik gilt als wichtiger Beitrag zur Erfüllung der Forderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von psychisch erkrankten Menschen und stellt bis heute die Gemeindepsychiatrie noch vor eine Herausforderung. Diese Herausforderung hat die Verfasserin selber im alltäglichen Umgang mit den Klienten, während ihrer Ausbildung, der Arbeit und einem Praktikum bei der gemeindepsychiatrischen Einrichtung feststellen können.

Aufgrund dessen wird auf den folgenden Seiten beiden Kooperationspartnern ein Vorschlag vorgestellt und auf eine langfristige, zukunftsstrebende Zusammenarbeit gehofft.

2. Darstellung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung in Wiesbaden

Der vorliegende Bereich, [REDACTED], ist eine von drei Betriebsstätten der [REDACTED]. In diesem Zusammenhang ist zu erläutern das [REDACTED] ein Kunstwort ist, das den jeweiligen Einrichtungsnamen vorangestellt wird, und dem Wortstamm nach mit der Bedeutung „das Leben“ die Philosophie des Unternehmens widerspiegelt.

Der Ursprung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung geht auf die Enthospitalisierung zurück, diese wurde in dem Psychiatrie Enquete von 1975

festgelegt und wurde schließlich Anfang der 90er Jahre mit den ersten Umzügen von Patienten aus Langzeitstationen in betreute Wohngruppen in der Gemeinde begonnen. Die Zielgruppe jener Einrichtungen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, die vor der Enthospitalisierung häufig eine sehr lange Zeit in der „Institution Psychiatrie“ verbrachten. Die gemeindepsychiatrische Einrichtung bietet heute als Einrichtung der Eingliederungshilfe ein differenziertes gemeindepsychiatrischen Angebot in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit“²⁸

Dies umfasst eine Vielzahl an fördernden Angeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeitgestaltung an, um den Klienten eine grundsätzliche Normalität und Lebensqualität bieten zu können, sowie Anknüpfung an die Gemeinden, um die Integration von psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten.

Der Ansatz, den die gemeindepsychiatrische Einrichtung verfolgt wird, nennt sich der ressourcenorientierte Ansatz. Dieser Ansatz geht – kurz gesagt - davon aus, an den Ressourcen der Menschen anzusetzen, sie in ihren Stärken und Kompetenzen zu fördern anstatt sich auf die Defizite zu konzentrieren. Quasi als „Nebeneffekt“ werden durch die Stärkung der Kompetenzen viele Defizite kompensiert.

Des Weiteren arbeiten die [REDACTED] wie auch alle anderen Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund personenzentriert, d.h. die Klienten werden mit ihren individuellen Kenntnissen, Kompetenzen, Potentialen und Bedürfnissen wahrgenommen, es werden gemeinsam mit den Klienten individuelle Ziele entwickelt und im gemeindepsychiatrischen Verbund werden die verschiedenen Angebote derart kombiniert, dass für jeden Klienten ein möglichst passgenaues, individuelles Angebot zusammen gestellt wird. Mit der Arbeit von [REDACTED] werden die Worte „Integrativ und Vernetzt“²⁹ im Zusammenhang zu dem ressourcenorientierten Ansatz in Verbindung gebracht. Integrativ im Sinne der Integration nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die „Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes“³⁰, zum Beispiel in unsere Gesellschaft, oder die Akzeptanz gegenüber psychisch Erkrankter zu stärken ist eine wichtige Leitidee der Institution. In diesem Zusammenhang folgt die

²⁸ Vitos gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl) B

²⁹ Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl) A

³⁰ Duden 2013

Vernetzung. Hierbei bedeutet die Vernetzung eine Verflechtung zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und den einzelnen Gemeinden, sowie mit den Einrichtungen anderer Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund. Wie oben schon dargestellt arbeitet die gemeindepsychiatrische Einrichtung mit dem Klientel der chronisch psychisch Kranken. Die vordergründige Erkrankung in jenen Einrichtungen ist die „Schizophrenie“. Beispielsweise werden im Wohnverbund Wiesbaden, einem der Wohnverbände der ■■■■, 25 Klienten begleitet, die alle an einer Schizophrenie erkrankt sind. Darüber hinaus liegen z.T. komorbide Erkrankungen vor, wie ein Alkoholmissbrauch. Dies bedeutet, dass alle Klienten zwar dauerhaft erkrankt sind, jedoch therapiefähig und lernfähig. Um eine Normalität des Lebens zu sichern und wieder zu erlernen, sowie eine Isolation zu vermeiden, um deren negative Auswirkung auf die Erkrankung zu verhindern, gibt es Einrichtungen wie ■■■■■ ■■■■■ .

2.1. Wohnen- die größte Dienstleistung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung

Eine der Dienstleistungen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung ist das Wohnen. Innerhalb der ■■■■ gibt es insgesamt sieben Wohnverbände in Wiesbaden und im Rheingau. Einer dieser Wohnverbände, der Wohnverbund Wiesbaden, bietet drei verschiedene Wohnformen für chronisch psychisch erkrankte Menschen an. Diese drei Wohnformen beinhalten immer das Ziel des möglichen Höchstmaßes der Autonomie des einzelnen Klienten, angepasst an seine individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen.

Die erste Wohnform ist das stationär begleitende Wohnen. Allerdings ist dieser Wohnbereich nicht auf einem klinischen Gelände und auch nicht mit einem festen Standort verbunden, sondern dezentral organisiert, d.h. die Klienten leben in der Gemeinde in betreuten Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen, in denen tagsüber ein Mitarbeiter für die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen zur Verfügung steht und über Nacht steht ihnen eine Rufbereitschaft bei.

Die zweite Wohnform im Wohnverbund Wiesbaden, das Betreute Wohnen, stellt die modernste Wohnform der Gemeindepsychiatrie dar. Im betreuten Wohnen erhält der Klient einen eigenen Mietvertrag und erreicht somit die höchste Autonomie im Bereich der angebotenen Wohnformen. Der individuelle Betreuungsbedarf ist in dieser

Wohnform sehr unterschiedlich sowie abhängig von der Maßnahmenplanung zwischen [REDACTED] und den Kostenträgern.

Die dritte Wohnform ist das beschützte Wohnen, in dem Klienten leben, die einen Unterbringungsbeschluss wegen Selbst- oder Fremdgefährdung haben. In dieser Wohnform wird eine 24 Stunden intensiv Betreuung angeboten und verfolgt das Ziel nicht nur dem Unterbringungsbeschluss gerecht zu werden, sondern auch den Klienten das alltägliche Leben näher zu bringen und ihnen durch eine intensive Betreuung bzw. Begleitung die Möglichkeit zu geben in eine andere Wohnform zu wechseln.

Diese drei Wohnformen orientieren sich u.a. an der Personenzentrierung, dem Normalitätsprinzip, dem ressourcenorientierten Ansatz sowie der Forderung nach gemeindenaher Psychiatrie.

2.2 Arbeiten und Freizeit – jeder Bereich des alltäglichen Lebens wird abgedeckt

Die nächsten zwei wichtigen Ausgangspunkte für ein Leben mit Qualität und Normalität beinhalten die Arbeit und die Freizeit. Hierzu werden den Klienten in der gemeindepsychiatrischen Einrichtung vielfältige Angebote sowie Unterstützung offeriert. Um den Klienten eine Struktur anzubieten sowie soziale Kontakt zu knüpfen, können sie eine Tagesförderstätte besuchen. Die Tagesförderstätte [REDACTED] [REDACTED] ist eine von insgesamt drei Tagesförderstätten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung mit Sitz in Wiesbaden-Biebrich. Sie bietet ergotherapeutische Arbeitstherapie in den drei Arbeitsbereichen „Küche“, „Werkstatt“ und „Secondhand-Laden“ an. In diesem Rahmen werden individuell Arbeitskompetenzen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ausdauer etc. sowie Alltagskompetenzen wie z.B. kochen, backen, Wäsche waschen etc. gefördert. Darüber hinaus werden die Klienten über ihre Erkrankung durch Psychoedukation aufgeklärt und begleitet in ihrer Tagesgestaltung.

Zu der Begleitung der Tagesgestaltung gehört auch das Angebot der Freizeitgestaltung, falls dies von Klienten gewünscht wird. Hierzu gibt es zum Beispiel Cafe Besuche, Skat Runden, Ausflüge oder auch die Planung und Umsetzung eines Urlaubes.

Insgesamt werden die Klienten in der gemeindepsychiatrischen Einrichtung in allen Lebenslagen unterstützt und beraten, um möglichst autonom ihr Leben gestalten zu

können. Der Leitspruch der [REDACTED] fasst dies in einem Satz gut zusammen: „Kompetent für Menschen“. Dieser Leitspruch begleitet die Arbeit der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.

2.3 Positionierungen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung zu Kooperationen

Die gemeindepsychiatrische Einrichtung bezieht sich bis zum jetzigen Zeitpunkt vordergründig nur auf „psychiatrische“ Kooperationspartner, also Einrichtungen anderer Leistungserbringer in der Gemeindepsychiatrie, wie das [REDACTED]. Kooperationen und Vernetzung mit „nicht-psychiatrischen“ Anbietern erfolgt bislang nicht systematisch, sondern beschränkt sich auf Einzelfälle. Jedoch soll in den Visionen bis 2017 gerade die Kooperationen zu „nicht-psychiatrischen“ Einrichtungen verstärkt umgesetzt werden.

Die „nicht-psychiatrischen“ Einrichtungen bieten den Klienten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung die Chance, an der Gesellschaft teilzunehmen, sich als Teil dieser Gesellschaft zu fühlen. Zwar lebt das Klientel in den Gemeinden, jedoch fehlen häufig soziale Kontakte und Angebote außerhalb der Institution.

Dieser Mangel an Inklusion soll in den nächsten Jahren durch Kooperationen, Aufklärung und Offenheit behoben werden seitens der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.

Daher bietet sich für [REDACTED] folgende Positionierung der eigenen Institution an:

„[REDACTED] ist einer der Anbieter für gemeindenahe Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen in ihrer Stadt.

Für uns stehen die Individualität jedes Menschen im Vordergrund, sowie eine Integration unserer Klienten in die Gemeinde.

< Kompetent für Menschen > begleitet unsere Arbeit täglich und in allen Situationen des Lebens.

Dies macht uns zu einem zukunftsstrebenden, kooperationsbereiten Unternehmen mit außergewöhnlichen Menschen.“

3. Ist und Soll Stand der Kooperationspartner und Aufgabenstellung der Kooperation

Der Ist /Soll Stand stellt eine gute Übersicht da, warum eine Kooperation zwischen dem Zentrum für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung in Wiesbaden eine positive Zukunft darstellt.

Das Angebot des Zentrums für Freiwillige ist sehr breit gefächert in den Bereichen für ehrenamtliches Engagement für Senioren, Kindern und geistig/körperlich behinderten Menschen. Auffallend ist hierbei, dass es noch kein Tätigkeitsfeld im Bereich der Psychiatrie gibt.

Wiederum ist der Ist Stand von der gemeindepsychiatrischen Einrichtung jener, dass es wenige Kooperationen zu „nicht-psychiatrischen“ Einrichtungen gibt. Diese Seltenheiten an Kooperationen, schränken die Möglichkeiten einer Teilhabe an der Gesellschaft ein. Die fehlenden Kooperationen führen zu einer Institutionalisierung der Gemeindepsychiatrie und wiederum zu einer Isolation des Klientels. Dieser Isolierung will [REDACTED] entgegenwirken.

Der Soll Stand der Kooperationspartner kann wie folgt aussehen: Das Zentrum für Freiwillige weitet mögliche Tätigkeitsfelder aus und stärkt somit das ehrenamtliche Engagement in Wiesbaden. Die gemeindepsychiatrische Einrichtung wird durch die Kooperation einen Schritt in die Richtung zur Teilhabe an der Gesellschaft sicherstellen.

Eine Kooperation mit dem Zentrum für Freiwillige das eine hohe Anerkennung im Stadtgeschehen Wiesbaden hat, könnte sich positiv auf die öffentliche Präsenz der gemeindepsychiatrischen Einrichtung auswirken. Auf der anderen Seite profitiert das Zentrum für Freiwillige durch ein neues innovatives Arbeitsfeld - der Gemeindepsychiatrie - für die Menschen in Wiesbaden.

Als letzter Ist Stand und Soll Stand kann dargelegt werden, dass die Kooperation für beide Partner eine zukunftsstrebende und wichtige Entwicklung darstellen kann. Das Zentrum für Freiwillige kann eine neue Zielgruppe von Ehrenamtlichen durch die Zusammenarbeit mit den [REDACTED] ansprechen, auf der anderen Seite kann die gemeindepsychiatrische Einrichtung durch die Realisierung zusätzlicher Angebote, für die den Mitarbeitern im Alltagsgeschehen häufig die Zeit fehlt, eine neue Lebensqualität für ihre Klienten schaffen.

Durch diese Darstellung des aktuellen Standes der beiden Einrichtungen sowie durch den Ausblick bzw. den Soll Stand resultieren die Aufgabenstellungen der Kooperation.

Die erste Aufgabenstellung betrifft die Kooperationsseite von der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und besteht darin, eine Kooperation zu einer „nicht psychiatrischen“ Einrichtung herzustellen, um die Teilhabe an der Gesellschaft für ihre Klienten sicherzustellen. Diese Aufgabenstellung wurde teilweise schon durch die Kontaktaufnahme zum Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden erfüllt. In diesem Zusammenhang soll die öffentliche Präsenz der gemeindepsychiatrischen Einrichtung gestärkt werden und einen wichtigen Teil der zukünftigen Arbeit bestimmen.

Die letzte Aufgabenstellung betrifft beide Kooperationsseiten: Durch die Kooperation sollen neue Zielgruppen von Ehrenamtlichen angesprochen, ebenso wie das Angebot des ehrenamtlichen Engagements vervielfältigt werden. Folgend soll die Kooperation von einer Informationsarbeit begleitet werden, die einer Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen entgegenwirkt. Darüber hinaus kann in diesem Rahmen eine Kontaktstelle zwischen Wiesbadener Bürgern und psychisch erkrankten Menschen in ihrer Gemeinde entstehen.

Die wichtigste Aufgabenstellung für die Kooperationspartner stellt eine dauerhafte, offene Kommunikation dar, um Problematiken der Arbeit vorzubeugen sowie eine langfristige Kooperationsarbeit zu sichern.

4. Das Ziel der Kooperation

Das Ziel bzw. die Ziele der Zusammenarbeit werden die Kooperation dauerhaft begleiten, können sich jedoch auch während der Zusammenarbeit verändern. Die Ziele dienen als Grundlage der Zusammenarbeit. Die Ziele gelten jedoch auch als Informationsträger für das Zentrum für Freiwillige, um klarzustellen was sich die gemeindepsychiatrische Einrichtung unter einer Zusammenarbeit vorstellt. Hierzu muss zuallererst die Zielgruppe definiert werden, die durch eine Kooperation angesprochen werden sollte. Die Zielgruppe der Kooperation beinhaltet auf der einen Seite die interessierten Ehrenamtlichen und auf der anderen Seite die interessierten psychisch erkrankten Menschen. Diese beiden Zielgruppen sollen sich bei erfolgreicher

Kooperation gegenseitig bedingen, indem sie voneinander lernen. Die Funktion der Zielgruppe beschäftigt sich mit der Thematik der Verbindung zwischen der Gesellschaft und den in der Gemeinde lebenden psychisch erkrankten Menschen. Dies bedeutet, dass die Zielgruppe der Ehrenamtlichen ein Verbindungsglied zwischen „der Gesellschaft“ und den Klienten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung darstellt. In diesem Zusammenhang sind die Ehrenamtlichen des Zentrums für Freiwillige die Adressaten der Kommunikation. Die Kommunikationsmittler³¹ wiederum sind dann die Kooperationspartner, die auf beiden Seiten der Zielgruppe vermitteln und beratend zur Seite stehen. Die Kommunikationsabsender sind seitens der gemeindepsychiatrischen Einrichtung [REDACTED] als stellvertretende therapeutische Leitung, [REDACTED] als Leitung des Wohnverbundes Wiesbaden und [REDACTED] als Leitung der Tagesförderstätte. Die Verfasserin des vorliegenden Konzeptes, [REDACTED], fungiert als zuständige Kontaktperson der beiden Kooperationspartner.

Das Profil der Zielgruppen besteht auf beiden Seiten hauptsächlich aus einer Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen. Weiterführende Kompetenzen sind nicht notwendig für interessierte Ehrenamtliche oder auch für die Klienten des Wohnverbundes Wiesbaden.

Die Ziele der Kooperation lauten nun im Einzelnen:

1. Die Kommunikation der Kooperationspartner wird gestärkt, um die Kooperation sicherzustellen. Die Ansprechpartner auf der Seite der gemeindepsychiatrischen Einrichtung sind [REDACTED] als Leitungen der vorerst an der Kooperation beteiligten Bereiche der Einrichtung, dem Wohnverbund Wiesbaden und der Tagesförderstätte. Die Ansprechpartnerin seitens dem Zentrum für Freiwillige ist [REDACTED]. [REDACTED], die Verfasserin des vorliegenden Konzeptes, fungiert als Kontaktperson.

2. Die Kooperation des Zentrums für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung stärkt die Kontaktaufnahme zwischen den Bürgern Wiesbadens und den Klienten jener Einrichtung.

3. Die Kooperation steigert das ehrenamtliche Engagement im Bereich der Gemeindepsychiatrie moderat in Wiesbaden.

³¹ Schmidbauer 2011, S. 62.

4. Die Kooperation bietet eine langfristige Informationsarbeit, sowie eine Kontaktstelle für interessierte Ehrenamtliche und psychisch erkrankten Menschen. Die Ziele sollen die Kooperationsarbeit begleiten und jedem mitwirkenden Mitarbeiter im Gedächtnis bleiben, um eine erfolgreiche Kooperation zu erfüllen.

5. Die Handlungsstrategien der Kooperation

Die Strategien, die in der Kooperation Verwendung finden, untermauern die Art und Weise der Kooperation. Hierbei werden drei Strategien miteinander in Verbindung gebracht und werden im späteren Verlauf durch die Maßnahmen verdeutlicht.

Die erste Wahl der Handlungsstrategie bedingt sich aus den kooperationsorientierten Strategien. Die Koalitionsstrategie³² beinhaltet eine langfristige Zusammenarbeit über mehrere Projekte. Diese Strategie unterstützt die oben genannten Aufgabenstellungen und Ziele der Kooperation. Durch die Kooperation des Zentrums für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung soll eine langfristige Kommunikationsarbeit gefestigt werden, die nur durch eine Strategie umgesetzt werden kann, die langfristig geplant wird.

Die nächste Strategie beinhaltet mehrere Phasen, sprich die Mehr- Phasen Strategie³³. Dadurch wird festgehalten, dass die Strategie der Kooperation auf mehrere Prozesse aufbaut. In diesem Fall wird es im folgenden Gliederungspunkt eine drei Phasen Einteilung geben. Die Phasen sollen die Arbeit der beiden Kooperationspartner durch einen roten Faden erleichtern.

Die instrumentorientierte Strategie, die Dialogstrategie³⁴, arbeitet mit der Kommunikation der Zielgruppen. Mit Hilfe dieser Strategie wird das Ziel der Kontaktstelle zwischen Ehrenamtlichen und psychisch Erkrankten unterstützt und gesichert. Dabei ist wichtig zu beachten, dass die Kommunikation aus einem „echten

³² Schmidbauer 2011 S. 92.

³³ Schmidbauer 2011 S. 92.

³⁴ Schmidbauer 2011 S. 93.

Dialog auf Augenhöhe³⁵ bestehen soll, was als Fundament der Kooperationsarbeit bedeutend ist.

Diese drei Strategien vereint, sollen das Zusammenwirken beider Institutionen vereinfachen und eine klare Richtlinie vorgeben.

Insgesamt betrachtet, kann man anhand einer Strategientafel einen Überblick über erarbeitete Gedanken bezüglich der Kooperation darstellen. Diese Tafel sieht in dieser Konzeption folgend aus:

³⁵ Schmidbauer 2011 S. 93.

Zielgruppe		
Ehrenamtliche des Zentrums für Freiwillige	Klienten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung	
Ziele		
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation der Kooperationspartner • Optimierung der Kontaktaufnahme zwischen psychisch erkrankten und der Gesellschaft • Steigerung des ehrenamtliche Engagement in der Gemeindepsychiatrie • Langfristige Informationsarbeit • Stärken der öffentlichen Präsenz der gemeindepsychiatrischen Einrichtung (Interenes Ziel) 		
Positionierung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung		
<p>„[redacted] ist einer der Anbieter für gemeindenahe Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen in ihrer Stadt. Für uns stehen die Individualität jedes Menschen im Vordergrund, sowie eine Integration unserer Klienten in die Gemeinde. < Kompetent für Menschen > begleitet unsere Arbeit täglich und in allen Situationen des Lebens. Dies macht uns zu einem zukunftsstrebenden, kooperationsbereiten Unternehmen mit außergewöhnlichen Menschen.“</p>		
Dachbotschaften ³⁶ der gemeindepsychiatrischen Einrichtung		
Der ressourcenorientierte und personenzentrierte Ansatz intendiert die Wahrnehmung der Individualität jedes Menschen anhand der Orientierung an individuellen Bedürfnissen. Durch diesen Ansatz werden die Kompetenzen jedes einzelnen gefördert.	Der Leitgedanke des Unternehmens [redacted]: „Kompetent für Menschen“ repräsentiert die Arbeitsphilosophie des Unternehmens. Dieser Leitgedanke setzt eine aufgeklärte Sichtweise und professionelle Arbeit voraus. Die Kompetenz der Philosophie ermöglicht das Bestreben nach einer integrierten Versorgung in der Gemeinde.	Die gemeindepsychiatrische Einrichtung als attraktive Einrichtung mit außergewöhnlichen und besonderen Menschen. Die Arbeitsmöglichkeiten und Erlebnisse sind dadurch vielfältig, originell und offen für neue Entwicklungsperspektiven.
Strategien		
<ul style="list-style-type: none"> • Bildung einer Kooperation zwischen dem Zentrum für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung • Erfolgreiche Zusammenarbeit durch eine kontinuierliche Kommunikation • Durch die gebildete Kooperation mit dem Zentrum für Freiwillige soll die Institution [redacted] den Ehrenamtlichen nähergebracht werden und sie über das Klientel der Einrichtungen aufklären. • Die Kooperation führt zu einer längerfristigen gemeinsamen Arbeit, in der Ehrenamtliche und psychisch Erkrankte miteinander in Kontakt kommen. 		

Diese Strategientafel dient als Grundlage und Übersicht für den folgenden Gliederungspunkt: Die Maßnahmen der Kooperation und deren einzelne Ablaufschritte.

³⁶ Die Dachbotschaften gelten als Richtlinie und Grundlagen der gemeinsamen Kommunikationsarbeit.

6. Die Instrumente der Kooperation

Zu Beginn eine tabellarische Übersicht der geplanten Maßnahmen der Kooperation. Jede einzelne dieser Maßnahmen belegt die oben genannten Strategien, allerdings können diese Maßnahmen im Laufe der Kooperation sowohl verändert als auch optimiert werden.

Vorbereitungsphase	Implementationsphase	Evaluationsphase
Erfassung bestehender Arbeit von der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.	Werbung auf der Internetseite des Zentrums für Freiwillige über die geplante Informationsveranstaltung (2.1)	Treffen der tätigen Ehrenamtlichen (3.1)
Führung in den einzelnen Einrichtungen für interessierte nicht-psychiatrische Einrichtungen	Artikel in einer Wiesbadener Tageszeitung über die neue Kooperation (2.2)	Erneute Informationsveranstaltung für interessierte Ehrenamtliche (3.2)
Kontaktaufnahme zu dem Zentrum für Freiwillige	Informationsveranstaltung für interessierte Bürger (2.3)	Evaluationsgespräche oder Fragebogen über bestehende Kooperation bei beiden Zielgruppen und Kooperationspartner (3.3)
Gespräche über die einzelnen Vorstellungen einer Kooperation	Gespräch mit interessierten Klienten im Wohnverbund Wiesbaden (2.4)	
Konzept einer Kooperation zwischen [REDACTED] erstellen	Eventuell Einführungsseminare oder Einzelgespräche mit Interessierten (2.5)	
Konzept den Kooperationspartnern vorstellen	Kontaktaufnahme der zwei Zielgruppen (2.6)	
	Begleitung der Ehrenamtlichen durch beide Kooperationspartner (2.7)	

Darauf folgend nun eine knappe Beschreibung der Einzelmaßnahmen, um eine genauere Vorstellung über die Möglichkeiten der Kooperation zu geben. Dabei ist zu beachten, dass die Vorbereitungsphase nicht mehr genauer erläutert wird, da diese mit dieser Konzeption abgeschlossen ist.

6.1 Implementationsphase

Die Implementationsphase beinhaltet die praktische Umsetzung der Zusammenarbeit beider Partner und wird durch verschiedene Instrumente unterstützt. Bei der Implementationsphase ist zu berücksichtigen, dass sie sich immer wieder verändern kann und an die Zielgruppen angepasst werden muss.

Die ersten zwei Maßnahmen beinhalten die öffentliche Ankündigung der Kooperation und die erste gemeinsame Veranstaltung. Hierzu können die Medien Internet und die Presse in Anspruch genommen werden. Das Zentrum für Freiwillige könnte beispielsweise auf seiner Internetseite die gemeindepsychiatrische Einrichtung zu seinen Kooperationspartnern hinzufügen, sowie unter aktuellen Veranstaltungen die geplante Informationsveranstaltung publik machen. Darüber hinaus könnte noch eine kurze Einführung geschrieben werden, wer der neue Kooperationspartner ist und was die Informationsveranstaltung beinhaltet. Als ein weiteres Medium käme eine Wiesbadener Tageszeitung in Frage. Die Autorin des vorliegenden Konzeptes rät den Kooperationspartnern zu einer Pressemitteilung, in der die beiden Kooperationspartner vorgestellt sowie die Idee hinter der Zusammenarbeit erläutert werden und der Termin der Informationsveranstaltung bekannt gemacht wird.

Durch diese beiden Instrumente kann die „Breite Öffentlichkeit“ von Wiesbaden angesprochen werden und eine Verbesserung der Öffentlichen Präsenz beider Einrichtungen ermöglicht werden.

Darauf folgend wird eine Informationsveranstaltung geplant. Wie in Gliederungspunkt 7 erläutert, rät die Verfasserin des vorliegenden Konzeptes in diesem Zusammenhang zu einem Leitsatz/Slogan. Diese Veranstaltung beinhaltet eine Vorstellung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung sowie den zukünftigen Tätigkeitsbereich der Ehrenamtlichen in der Gemeindepsychiatrie. Gleichzeitig werden die Klienten des Wohnverbundes Wiesbaden von ihren Bezugsbetreuern auf die neue Kooperation und die damit verbundenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht. Die Teams der beiden an

der Kooperation beteiligten Bereiche der gemeindepsychiatrischen Einrichtung, der Wohnverbund Wiesbaden und die Tagesförderstätte, sollten bei der Auswahl der interessierten Klienten koordinierend beteiligt sein. Dies soll keinen Ausschluss von irgendeinem Klienten bedeuten, jedoch sollten sich der Klient und der Ehrenamtliche in der Zusammenarbeit wohlfühlen.

Danach finden gegebenenfalls Einführungsseminare statt, dies ist davon abhängig inwieweit die interessierten Ehrenamtlichen über psychische Erkrankungen und deren Besonderheiten aufgeklärt sind. Dies kann nach der Informationsveranstaltung und einem Kommunikationsaustausch der Kooperationspartner geschehen. Die Einführungsseminare könnten sich mit der Aufklärung über die Erkrankungen, über den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen oder aber auch mit den Bewältigungsstrategien, wie Selbstreflexion bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, beschäftigen. Zu dieser Maßnahme gehört auch die Kommunikation zwischen erfahrenen Mitarbeitern und unerfahrenen Ehrenamtlichen. Für den Fall, dass interessierte Ehrenamtliche sich noch nicht sicher sind, ob sie mit dem Klientel arbeiten möchten oder gewisse Ängste haben, sollte dies in einem Gespräch aufgeklärt werden. Folgend findet für alle Ehrenamtlichen eine Begehung in den Räumlichkeiten des Wohnverbundes Wiesbaden sowie der Tagesförderstätte statt, um sich ein Bild über das gegebene Umfeld der Klienten zu machen.

Der nächste Maßnahmenblock beinhaltet die erste Kontaktaufnahme zwischen den zwei Zielgruppen. Nachdem die beiden Zielgruppen getrennt voneinander auf die gemeinsame Tätigkeit vorbereitet wurden, wird es Zeit sich kennenzulernen. Dieses Kennenlernen kann bei einem gemütlichen Kaffee trinken in der Tagesförderstätte oder bei einer Abendveranstaltung geschehen. Wichtig ist zu beachten, dass es für das Klientel wahrscheinlich am angenehmsten ist, wenn das Kennenlernen in ihrem gewohnten Umfeld und begleitet von Mitarbeitern stattfindet. Die Kennenlern-Atmosphäre sollte ungezwungen und angenehm gestaltet sein.

Nach dieser ersten Kontaktaufnahme sollte wieder ein Einzelgespräch stattfinden, um das Tätigkeitsfeld der Ehrenamtlichen genauer zu definieren und abzustimmen.

Zum Schluss der Implementationsphase gilt es als bedeutend die beiden Zielgruppen bei der weiteren Arbeit zu begleiten und zu unterstützen. Man sollte beiden Zielgruppen vermitteln, dass sie einen Ansprechpartner haben.

Das wichtigste bei dieser Phase ist die Aufklärung und das Gespräch zwischen allen Beteiligten der Kooperation. Nur so kann eine langfristige und für alle zufriedenstellende Arbeit geschehen.

6.2. Evaluationsphase der Kooperation

Die Evaluationsphase der Kooperation dient als eine Art der Optimierung. Die Kooperation soll mit den Ehrenamtlichen und Klienten gemeinsam verbessert werden. Daher sollte den tätigen Ehrenamtlichen die Möglichkeit eines Austausches gegeben werden. Die Wahl des passenden Mediums ist hierbei abhängig von der Altersstruktur der Ehrenamtlichen, dies bedeutet, dass jede Altersstruktur andere Präferenzen in Bezug auf Informationsmedien besitzt und dies beachtet werden muss. Falls die Altersstruktur bei Mitte 20 bis Mitte 40 liegt, könnte man zum Beispiel ein Austauschforum im Internet für die Ehrenamtliche gestalten. Falls die Altersstruktur darüber liegt, ist ein gemeinsames Treffen in einer Räumlichkeit angebracht.

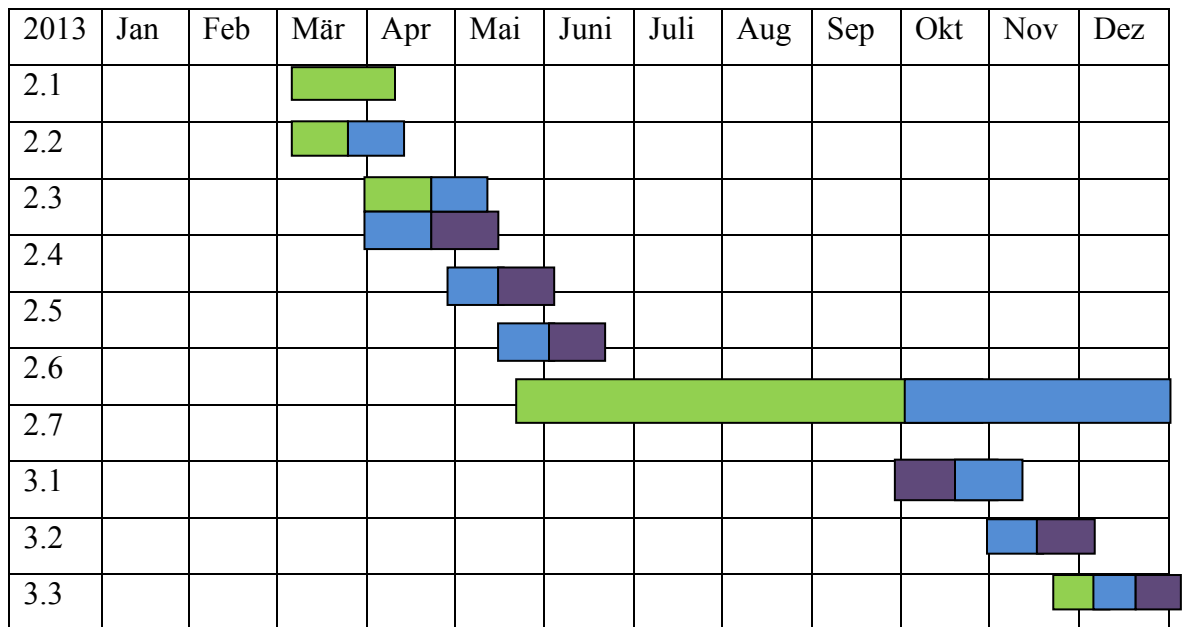
Unabhängig davon wie diese Maßnahme gestaltet wird, es ist bedeutsam, dass die Ehrenamtlichen sich über Erfahrungen, Situationen und Erlebnisse, die sie mit dem psychisch erkrankten Klientel erfahren, austauschen können. In diesem Zusammenhang können die Ehrenamtlichen in die Arbeit der gemeindepsychiatrischen Einrichtung auch neue Impulse einbringen.

Als nächstes Instrument ist eine weitere Informationsveranstaltung vorgesehen. Im Vergleich zu der Informationsveranstaltung in der Implementationsphase besteht bei den Folgeveranstaltungen jedoch der Vorteil, dass tätige Ehrenamtliche im gemeindepsychiatrischen Bereich von ihren persönlichen Erlebnissen berichten können. Dadurch gewinnt diese Informationsveranstaltung mehr an Emotionen und ist realitätsnäher.

Als letzte Maßnahme ist es wichtig, bei jedem Konzept zu evaluieren, dies bedeutet, es von allen Seiten zu betrachten und gegebenenfalls zu optimieren. Hierzu ist es wichtig, die Kooperationspartner und die Zielgruppen einzuschließen. Dies kann zum Beispiel durch ein gemeinsames Gespräch aller Beteiligten oder durch die Erstellung eines Fragebogens für die Zielgruppen geschehen, die dann von den Kooperationspartnern ausgewertet und diskutiert werden. Diese Form der Evaluation ist für eine langfristige Zusammenarbeit zentral, da jeder Mensch andere Ansichten vertritt und jeder die

Möglichkeit haben sollte seine Meinung frei zu äußern. Auch bei dieser Phase geht es um eine immer wiederkehrende Kommunikation und Unterstützung aller tätigen Menschen im Rahmen der Kooperation.

Der zeitliche Ablauf der Einzelmaßnahmen ist wie folgt vorgesehen:



Zentrum für
Freiwillige

Gemeindepsychiatrische
Einrichtung

Ehrenamtliche/
Klienten

Insgesamt ist es in allen Phasen und auf allen Ebenen wichtig, zeitnah über Probleme, Verbesserungen und neue Ideen miteinander zu kommunizieren.

7. Der Leitsatz der Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit wird gestärkt durch einen „Slogan“, der eine Zusammengehörigkeit symbolisiert. Darüber hinaus kann sich eine Zielgruppe mit einem Projekt besser identifizieren, wenn es eine kurze, „knackige“ Aussage darüber gibt. Daher schlägt die Verfasserin einen „Slogan“ vor, der jedoch so nicht umgesetzt werden muss. Allerdings wird den Kooperationspartnern zu einem gemeinsamen Slogan geraten, um einmal die Aufmerksamkeit der Bevölkerung zu erreichen, sowie

die Werbung für das Projekt zu erleichtern. Leitsätze und Symbole sind ausschlaggebend, um Menschen anzusprechen. Die Ausarbeitung eines Leitsatzes soll in diesem Fall beiden Kooperationspartnern gerecht werden. Daher wurde im Vorhinein ein kurzes Brainstorming absolviert.

Zu Beginn ist es wichtig, dass die Besonderheit der Klienten widergespiegelt wird, andererseits ebenso die Zugehörigkeit der Bürger zu ihrer Stadt.

Um einer Stigmatisierung auf jeglicher Weise vorzubeugen, sollte es auch noch eine Begrifflichkeit enthalten, wie man das Klientel der psychisch kranken Menschen nennen kann. In der Literatur findet man hierzu einige Vorschläge, jedoch gibt es eine Begrifflichkeit, die die Besonderheit darstellt, aber nicht übergriffig ist: „Andersartig“. Dieser Begriff stellt zwar klar, dass psychisch erkrankte Menschen anders sind, jedoch keinesfalls nicht zur Gesellschaft gehören.

Und zu guter Letzt soll der „Slogan“ die Gemeinsamkeit der Kooperationspartner wiedergeben.

Daher heißt der von der Verfasserin vorgeschlagene Leitsatz der Kooperation:

„Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt! Eine Kooperation zwischen ehrenamtlichen Engagement und der gemeindenahen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen.“

Dieser Leitsatz sollte erstens als eine Richtlinie für eine gemeinsame Arbeit gelten, ebenso als Namensgeber für die Informationsveranstaltungen.

Als visuelle Stütze könnte der abgeänderte Leitsatz als Symbol der Kooperation folgend dargestellt werden:



In diesem Zusammenhang soll auch noch erläutert werden, dass das Zeichen angelehnt ist an die Punkte, die beide Logos der Kooperationspartner auszeichnet, als auch die Farben Grün, lila und blau.

All diese Vorschläge können nach Belieben gerne abgeändert oder verworfen werden. Insgesamt soll dieses Konzept die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden sichern und eine offener Zukunft für psychisch erkrankte Menschen schaffen. Ich hoffe, dass dieses Konzept alle Beteiligten anspricht und eine Basis für eine gute Zusammenarbeit bietet.

8. Auswertung und tatsächliche Umsetzung der Kooperation

Am 05.04.2013 fand in den Räumlichkeiten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung ein Gespräch zwischen alle Beteiligten der Kooperation statt. Hierbei wurde besprochen, in wie weit das Konzept umgesetzt werden kann, welche Standpunkte der einzelnen Kooperationspartnern bestehen und wie sich eine Zusammenarbeit gestalten soll.

Die Verfasserin möchte die Veränderungen am Konzept an der Tabelle der Mehr-Phasen Strategie³⁷ aufzeigen (alle Neuerungen und Veränderungen sind „fett“ markiert) :

³⁷ siehe Anhang 21

Vorbereitungsphase	Implementationsphase	Evaluationsphase
Erfassung bestehender Arbeit von der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.	Werbung und Eintragung auf der Internetseite des Zentrums für Freiwillige über die neue Kooperation (2.1)	Treffen der tätigen Ehrenamtlichen (3.1)
Führung in den einzelnen Einrichtungen für interessierte „nicht-psychiatrische“ Einrichtungen	Testphase mit zwei interessierten Freiwilligen und zwei interessierten Klienten (2.2)	Erneute Informationsveranstaltung für interessierte Ehrenamtliche (3.2)
Kontaktaufnahme zu dem Zentrum für Freiwillige	Zentrum für Freiwillige kontaktiert Kooperationspartner wie zum Beispiel „Das Nachbarschaftshaus“ (2.3)	Evaluationsgespräche oder Fragebogen über bestehende Kooperation bei beiden Zielgruppen und Kooperationspartner (3.3)
Gespräche über die einzelnen Vorstellungen einer Kooperation	Artikel in lokalen Zeitungen wie „Der Biebricher“ (2.4)	
Konzept einer Kooperation zwischen [REDACTED] erstellen	Informationsveranstaltung für interessierte Bürger (2.5)	
Konzept den Kooperationspartnern vorstellen	Gespräch mit mehr interessierten Freiwilligen und Klienten im Wohnverbund Wiesbaden (2.6)	
Konzept auswerten und besprechen	Eventuell Einführungsseminare oder Einzelgespräche mit Interessierten (2.7)	
	Kontaktaufnahme der zwei Zielgruppen (2.8)	
	Begleitung der Ehrenamtlichen durch beide Kooperationspartner (2.9)	

Der Punkt 2.1 wurde insoweit verändert, dass die gemeindepsychiatrische Einrichtung auf die Plattform des Zentrums für Freiwillige als neuer Kooperationspartner eingetragen wird. Hierzu wird [REDACTED], Leiterin der Tagesförderstätte, einen kurzen Informationsbeitrag über die gemeindepsychiatrische Einrichtung verfassen. Jener Informationsbeitrag soll die Einrichtung repräsentieren und die interessierten Freiwilligen ansprechen sowie genau Vorschläge anbieten, die man mit den psychisch erkrankten Menschen umsetzen kann wie zum Beispiel: „Unser XY spielt gerne Tischtennis in seiner Freizeit und sucht hierzu einen Sportpartner.“

Der Punkt 2.2 ist komplett neu zu dem Konzept dazugekommen. Beide Kooperationspartner sind der Meinung, dass eine Testphase notwendig sei. Die Gründe hierfür sind:

1. Um eine Einschätzung tätigen zu können, ob jene Kooperation erfolgreich sei.
2. Auf Seiten des Zentrums für Freiwillige ein Gefühl für die Tätigkeit zu bekommen, um besser interessierte Freiwillige zu informieren und beraten zu können.
3. Auf Seiten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung die Reaktionen der Klienten auf den neuen Kooperationspartner und auf ein neues Angebot zu erhalten.
4. Um zu sehen, ob ein Einführungsseminar für „Neulinge“ sinnvoll wäre.
5. Für den darauffolgenden Schritt, die Veröffentlichung der Kooperation in einer Zeitung, Ergebnisse präsentieren zu können. Der Hintergedanke hierbei sei, dass angenommen wird, dass man dadurch mehr Leute ansprechen kann.

Die Testphase wird von zwei Mitgliedern des Zentrums für Freiwillige umgesetzt. Diese Testphase soll sechs Wochen á zwei Stunden pro Woche beinhalten.

Punkt 2.3. entstand im Gespräch der Kooperationspartner. In diesem Fall möchte das Zentrum für Freiwillige ihre eigenen Kooperationen nutzen, um die Zusammenarbeit zu fördern und zu vereinfachen sowie kostenlose Werbung zu machen.

Der Artikel in einer lokalen Zeitung soll durch eine Pressemitteilung geschehen. Hierzu sollen zu Beginn nur lokale Zeitungen angeschrieben werden, um interessierte Freiwillige „vor Ort“ anzusprechen.

Im Punkt 2.6., nach einer erfolgreichen Testphase, werden dann mehrere neue, interessierte Freiwillige eingeladen sowie neue, interessierte Klienten angesprochen. Zu dieser Gelegenheit könnte dann auch ein „großer“ Informationsabend gestaltet werden. Darauf folgen alle weiteren geplanten Maßnahmen.

Bedeutend bei diesem Gespräch war, dass man sich einig über die Vorgehensweise mit den interessierten Freiwilligen und dessen Begleitung war. In diesem Fall wurde klar festgelegt, dass auf beiden Seiten feste Ansprechpartner stehen und die interessierten Freiwilligen zu Beginn ihrer Tätigkeit immer von einem Mitarbeiter der gemeindepsychiatrischen Einrichtung begleitet wird sowie eine dauerhafte Kommunikation aller Beteiligten die wichtigste Voraussetzung für einen Erfolg sei.

Bei dem Gespräch der Kooperationspartner kam ein großes Interesse beider, verschiedenartiger Arbeiten hervor. Allerdings muss die Verfasserin berichten, dass auch Unwissenheit über psychisch erkrankten Menschen bei den zwei Vertretern des Zentrums für Freiwillige herrschte. In diesem Zusammenhang wurde von Ängsten gesprochen und Vorurteile gegenüber des Klientels der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen dargelegt. Demgegenüber konnte nach vielen Berichten über die Arbeit der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dessen Klientels ein wenig die Ängste und die Vorurteile besänftigt werden.

Insgesamt betrachtet war das Gespräch für alle Beteiligte sehr erfolgreich und positiv sowie konnte sie auch im gewissen Maß eine Stigmatisierung reduzieren. Und das „nur“ durch ein Gespräch: auf der einen Seite von offenen Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und auf der anderen Seite durch interessierte, neugierige Mitarbeiter des Zentrums für Freiwillige. Dementsprechend steht einer weiteren zukunftsstrebenden, offenen Zusammenarbeit nichts im Weg.

Quellenverzeichnis

Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin 2011.

Online Ressourcen

Duden: Integration. 2013 :

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Integration#Bedeutung2>, (Stand 7.03.2013)

Vitos gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl) A:

http://www.vitos-rheingau.de/fileadmin/user_upload/TG-Rheingau/pdf-Dateien/Publikationen/BPD.pdf (Stand 7.03.2013)

Vitos gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl) B:

<http://www.vitos-rheingau.de/rheingau/einrichtungen/psychiatrische-dienste/ueberuns.html>, (Stand 7.03.2013)

Teil 2

**Anhang 5 Analyse der bestehenden Lage, der Problematiken und die
Erstellung von Aufgaben³⁸**

Die *Lage* der gemeindepsychiatrischen Einrichtung kann folgend zusammengefasst werden:

- Durch die Enthospitalisierung ist eine gemeindenahe Psychiatrie entstanden, die jedoch häufig unkontrolliert geschah.
- Die Forderung der UN Behindertenrechtskonvention 2008 sei eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- Stigmata gegenüber psychisch erkrankter Menschen sind in der Gesellschaft vorhanden.

Die *Problematik* der gemeindepsychiatrischen Einrichtung sieht folgend aus:

- Die Klienten haben kaum soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung.
- Die Klienten isolieren sich und werden isoliert, daraus wird aus der sogenannten Gemeindepsychiatrie wieder eine „geschlossene“ Institution.
- Es bestehen selten Kooperationen außerhalb des Gemeindeverbundes der Psychiatrie.
- Der häufigste kommunikative Kontakt von den Klienten besteht zu den Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.

Daraus resultieren zuerst mal folgende *Aufgabenstellungen*:

- Die Klienten sollen Kontakte außerhalb der Einrichtung pflegen.
- Die Einrichtung muss eine Möglichkeit zur gesellschaftlichen Kontaktaufnahme beschaffen.
- Die Klienten sollen die Möglichkeit haben außerhalb ihres bestehenden Umfeldes Menschen zu begegnen.

³⁸ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.29-31.

Teil 2

Anhang 6 Schriftliches Briefing der gemeindepsychiatrischen Einrichtung³⁹

Der vorliegende Bereich, die [REDACTED], sind eine eigenständige Abteilung der [REDACTED]. In diesem Zusammenhang ist zu erläutern das [REDACTED] allen vorhandenen Einrichtungsnamen vorangestellt wird und als Bedeutung, das Leben, die Philosophie des Konzerns widerspiegelt.

Der Ursprung der [REDACTED] entsprang der Enthospitalisierung, die durch die Psychiatrie Enquete 1975 gefordert wurde, diese wurde im Konzern [REDACTED] Anfang der 90er Jahre zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund umgesetzt.

Die Zielgruppe jener Einrichtungen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, die vor der Enthospitalisierung häufig eine sehr lange Zeit in der „Institution Psychiatrie“ verbrachten. Von der Pflegeeinrichtung (nach SGB XI) wandelten wir uns schrittweise in Eingliederungshilfeeinrichtungen (SGB XII) und bieten heute ein differenziertes gemeindepsychiatrischen Angebot in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit⁴⁰

Hierbei bieten die [REDACTED] eine Vielzahl an fördernden Angeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeitgestaltung an, um den Klienten eine grundsätzliche Normalität und Lebensqualität bieten zu können, sowie Anknüpfung an die Gemeinden, um die Integration von psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten.

Der Ansatz der in den [REDACTED] verfolgt wird, nennt sich der ressourcenorientierte Ansatz. Dieser Ansatz beinhaltet die Individualität der Klienten, das heißt diese werden wahrgenommen mit ihren individuellen Kenntnissen, Kompetenzen und eigenen Potentialen. Darüber hinaus soll zu diesen Ressourcen jedes einzelnen Klienten, ein passendes Angebot angefertigt werden. Weiterführend werden

³⁹ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.31- 39.

⁴⁰Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl): <http://www.vitos-rheingau.de/rheingau/einrichtungen/psychiatrische-dienste/ueber-uns.html> (Stand 7.03.2013)

die Worte „Integrativ und Vernetzt“⁴¹ in Verbindung gebracht mit der Arbeit der [REDACTED]. Integrativ im Sinne der Integration nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die „Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes“⁴², zum Beispiel in unsere Gesellschaft, oder die Akzeptanz gegenüber psychisch Erkrankter zu stärken ist eine wichtige Leitidee der Institution. In diesem Zusammenhang folgt die Vernetzung. Hierbei bedeutet die Vernetzung eine Verflechtung zwischen [REDACTED] und den einzelnen Gemeinden, sowie mit gemeindepsychiatrischen Leistungsträgern.

Wie oben schon dargestellt arbeiten die begleitend psychiatrischen Dienste mit dem Klientel der chronisch psychisch Kranken. Die vordergründige Erkrankung in jenen Einrichtungen ist die „Schizophrenie“. Genauer bezogen auf die Einrichtung [REDACTED] werden 25 Klienten begleitet, die alle an einer Schizophrenie erkrankt sind. Darüber hinaus liegen komorbide Erkrankungen vor, wie ein Alkoholmissbrauch. Dies bedeutet, dass alle Klienten zwar dauerhaft erkrankt sind, jedoch therapiefähig und lernfähig. Um einen Normalität des Lebens zu sichern und wieder zu erlernen, sowie eine Isolation zu vermeiden, um deren negative Auswirkung auf die Erkrankung zu verhindern, gibt es Einrichtungen wie die [REDACTED]

Die größte Dienstleistung der [REDACTED] ist das Wohnen. Hierzu bietet der Wohnverbund Wiesbaden drei verschiedene Wohnformen für chronisch psychisch erkrankte Menschen an. Diese drei Wohnformen beinhalten immer das Ziel des möglichen Höchstmaßes der Autonomie des einzelnen Klienten, angepasst an seine individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen.

Die erste Wohnform ist das stationär begleitende Wohnen. Allerdings ist dieser Wohnbereich nicht auf einem klinischen Gelände, sondern mit einem festen Standort verbunden, in diesem Fall in einer Gemeinde. Die Klienten leben entweder in Wohngemeinschaften, Einzel- oder Zweierapartments, in denen tagsüber ein

⁴¹ Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH http://www.vitos-rheingau.de/fileadmin/user_upload/TG-Rheingau/pdf-Dateien/Publikationen/BPD.pdf (Stand 7.03.2013)

⁴² Duden 2013: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Integration#Bedeutung2> (Stand 7.03.2013)

Angestellter für die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen zur Verfügung steht und über Nacht steht ihnen eine Rufbereitschaft bei.

Das Betreute Wohnen stellt die modernste Wohnform der Gemeindepsychiatrie dar. Im betreuten Wohnen erhält der Klient einen eigenen Mietvertrag und erreicht somit die höchste Autonomie im Bereich der angebotenen Wohnformen. Der individuelle Betreuungsbedarf ist in dieser Wohnform sehr unterschiedlich sowie abhängig von der Maßnahmenplanung zwischen [REDACTED] und den Kostenträgern.

Die dritte Wohnform ist das beschützte Wohnen, indem Klienten leben die einen Unterbringungsbeschluss wegen Selbst- oder Fremdgefährdung haben. In dieser Wohnform wird einen 24 Stunden intensiv Betreuung angeboten und verfolgt das Ziel nicht nur dem Unterbringungsbeschluss gerecht zu werden, sondern auch den Klienten das alltägliche Leben näher zu bringen und ihnen durch einen intensive Betreuung bzw. Begleitung die Möglichkeit zu geben in eine andere Wohnform zu wechseln.

Diese drei Wohnformen sollen den ressourcenorientierten Ansatz sowie die Forderung nach gemeindenaher Psychiatrie erfüllen.

Die nächsten zwei wichtigen Ausgangspunkte für ein Leben mit Qualität und Normalität beinhalten die Arbeit und die Freizeit. Hierzu werden in den begleitend psychiatrischen Diensten vielfältige Angebote, sowie Unterstützung den Klienten angeboten. Um den Klienten eine Struktur anzubieten, sowie soziale Kontakt, können sie eine Tagesförderstätte besuchen. Die Tagesförderstätte bietet ergotherapeutische Maßnahmen an wie Kochen, Herstellung von Produkten oder verkaufen im eigenen Second Hand Laden. Darüber hinaus werden die Klienten über ihre Erkrankung durch Psychoedukation aufgeklärt und begleitet in ihrer Tagesgestaltung.

Zu der Begleitung der Tagesgestaltung gehört auch das Angebot der Freizeitgestaltung falls dies von Klienten gewünscht wird. Hierzu gibt es zum Beispiel Cafe Besuche, Skat Runden oder auch die Planung und Umsetzung eines Urlaubes.

Insgesamt werden die Klienten im [REDACTED] in allen Lebenslagen unterstützt und beraten, um möglichst Autonomie ihr Leben gestalten zu können. Der Leitspruch der [REDACTED] fasst dies in einem Satz gut zusammen: „Kompetent für Menschen“. Dieser Leitspruch begleitet die Arbeit der begleitend psychiatrischen Dienste.

- Das Zentrum für Freiwillige ist die zentrale Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement in Wiesbaden. Es setzt sich als überparteiliche und unabhängige Einrichtung für eine Kultur des Ehrenamtes und Engagements in Wiesbaden ein.
- Zielgruppe → alle Altersklassen, Geschlecht
- „Abgestimmt auf Ihre persönlichen Wünsche, Erwartungen und Möglichkeiten erhalten Sie von uns Informationen, werden beraten und vermittelt und – wenn Sie wollen – in Ihrem Engagement begleitet.
- Freiwilliges, bürgerschaftliches Engagement ist ein wertvoller, unverzichtbarer Beitrag zum gesellschaftlichen und sozialen Zusammenhalt. Mit Ihrem Engagement tun Sie Gutes, setzen Ihre Fähigkeiten sinnvoll ein, lernen andere Menschen kennen, sammeln Erfahrung, geben wertvolles Wissen weiter, bleiben aktiv und beweglich und übernehmen gesellschaftliche Verantwortung. Für die Stadt in der Sie leben.
- Die möglichen Einsatzorte für Ihr Engagement sind vielfältig und so vielgestaltig wie unsere Stadt. Sie können mit Kindern spielen, Biotope pflegen, einen Vorlesekreis für Senioren/-inneneinrichten oder betreuen. Sie könnten bei der Wiesbadener Tafel aktiv werden oder in einem Seniorenheim in einer Cafeteria für Bewohner und Angehörige ... und ... und ...
- Von einigen Ausnahmen abgesehen [z.B. als Hospizhelfer] benötigen Sie für Ihre Tätigkeit keine zusätzliche Ausbildung. Ihre Lebenserfahrung, Ihre positive Einstellung und Ihre Bereitschaft, offen und freundlich auf Menschen zuzugehen, sind das wirklich Wichtige für Ihr ehrenamtliches Tun. Sie übernehmen ausschließlich gemeinwohlorientierte Aufgaben, manchmal in Zusammenarbeit mit – immer aber auch in Abgrenzung zu – den professionellen beruflichen Tätigkeiten in einer Einrichtung. In Ihrem Tun stehen die Begleitung von und Hilfen für Menschen im Vordergrund. Häufig werden Sie, gerade im zwischenmenschlichen Bereich, Aufgaben übernehmen, die von bezahlten, professionellen Kräften so gar nicht getan werden können: Sie können – und sollen! – selbstbestimmt, frei und unabhängig für sich selbst und zugleich für andere Menschen aktiv werden dürfen. Ihr Lohn wird nicht in einer

finanziellen Vergütung bestehen, sondern – hoffentlich – in einem hohen Maß an Wertschätzung, an Anerkennung und Sinnerfüllung.

- Als Ehrenamtliche/r leisten Sie eine besondere Arbeit. Sie sind Spenderinnen und Spender von Zeit, Kraft und Ideen. Sie gestalten maßgeblich die Vielfalt ehrenamtlichen Engagements in unserer Stadt und knüpfen mit am sozialen Netz vor Ort. Der Kompetenznachweis Ehrenamtliches Engagement wird zunehmend auch mit Vorteilen im Beruf belohnt. Unternehmen und ihre Personalentscheider/-innen wissen sehr wohl, dass soziale Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Kooperationsbereitschaft und Kommunikationsstärke den unternehmerischen Erfolg mitbestimmen. Nachgewiesenes freiwilliges und soziales Engagement sagt viel über den Willen und die Fähigkeit aus, Verantwortung zu übernehmen und sich für eine gesellschaftliche Aufgabe einzusetzen. Die Ehrenamtskarte Zur Würdigung des Ehrenamtes und als Zeichen des Dankes für langjähriges bürgerschaftliches Engagement hat das Land Hessen die Ehrenamtskarte eingeführt. Inhaber/innen der Ehrenamtskarte können vergünstigt viele Angebote und Veranstaltungen nicht nur in Wiesbaden sondern in ganz Hessen nutzen. Zusätzlich gibt es das ganze Jahr über zahlreiche Sonderaktionen.“⁴⁴

Kommunikationsobjekt → Was beinhaltet die Kooperation? Wie stellen sich beide Seiten die Kooperation vor? Welche Zielgruppe beinhaltet die Kooperation? Wie soll die Kooperation umgesetzt werden?

- Die Kooperation beinhaltet die Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung, Wohnverbund Wiesbaden
- Die Kooperation soll Ehrenamtliche und psychisch erkrankte Menschen näher bringen. Dies kann durch ein Fest geschehen oder eine feste Patenschaft.
- Die Zielgruppe ist auf der einen Seite die chronisch psychisch kranken Menschen und auf der anderen Seite Ehrenamtliche

⁴⁴ Freiwilligen Zentrum Wiesbaden e.V. (ohne Jahreszahl): <http://www.freiwilligenzentrum-wiesbaden.de/> (Stand 10.04.2013)

- Die Kooperation wird durch eine Informationsveranstaltung begonnen.

Kommunikationsakteure → Wer ist zuständig für die Kooperationsweiterführung? Wer begleitet das Projekt?

- [REDACTED] von den E Lotsen und [REDACTED] von dem Wohnverbund Wiesbaden.

Kommunikationsregeln → Leitbild der beiden Kooperationspartner? Zeitvorgaben?

- siehe Leitbild der gemeindepsychiatrischen Einrichtung
- Zeitvorgaben ungeklärt

Kommunikationsstatus → Welche Werbemittel zur Bevölkerungsansprache gibt es schon? Was für Pressemitteilungen wurden in den letzten Jahren herausgegeben?

- Zentrum für Freiwillige → Plakate und Internetpräsenz
- Gemeindepsychiatrische Einrichtung → Internetpräsenz

Kommunikationsfeld → Wie hat sich die Gemeindepsychiatrie in den letzten Jahren entwickelt? Wie ist das Umfeld des Klientels? Sind es mehr Ehrenamtliche geworden?

Kommunikationsgruppen → Welche Zielgruppe hat das Zentrum für Freiwillige? In welcher Verbindung stehen Sie zu Stadt Wiesbaden?

Kommunikationspartner → Welche Kommunikationspartner hat das Zentrum für Freiwillige bis jetzt?

- „Akademie für Ältere
- Ehrenamt Schule / Ehrenamt für Kultur Wiesbaden
- Initiative Netzwerk 55 plus
- Seniorenbeirat
- UPJ/Wiesbaden engagiert
- Volkshochschule Wiesbaden
- Wiesbaden Stiftung (BürgerKolleg und BürgerSinn)

- »Wohlfahrtsverbände und Träger von sozialen Einrichtungen«⁴⁵

Kommunikationshorizont → Wie wirkt sich Aufklärung auf die Gesellschaft aus? Wie wirkt sich Ehrenamtliches Engagement auf die einzelnen Personen aus? Wie hoch ist die Erfolgsquote?

⁴⁵ Freiwilligen Zentrum Wiesbaden e.V. (ohne Jahreszahl): <http://www.freiwilligenzentrum-wiesbaden.de/> (Stand 10.04.2013)

Intern Fakten

Allgemein

- Die Zielgruppe jener Einrichtungen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, die vor der Enthospitalisierung häufig eine sehr lange Zeit in der „Institution Psychiatrie“ verbrachten. Von der Pflegeeinrichtung (nach SGB XI) wandelten wir uns schrittweise in Eingliederungshilfeeinrichtungen (SGB XII) und bieten heute ein differenziertes gemeindepsychiatrischen Angebot in den Bereichen „Wohnen, Arbeit und Freizeit“⁴⁷
- Hierbei bieten die [REDACTED] eine Vielzahl an fördernden Angeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeitgestaltung an, um den Klienten eine grundsätzliche Normalität und Lebensqualität bieten zu können, sowie Anknüpfung an die Gemeinden, um die Integration von psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten.
- Insgesamt werden die Klienten im [REDACTED] in allen Lebenslagen unterstützt und beraten, um möglichst Autonomie ihr Leben gestalten zu können. Der Leitspruch der [REDACTED] fasst dies in einem Satz gut zusammen:
„Kompetent für Menschen“. Dieser Leitspruch begleitet die Arbeit der begleitend psychiatrischen Dienste.

Ansatz

- Der Ansatz der in [REDACTED] verfolgt wird, nennt sich der ressourcenorientierte Ansatz. Dieser Ansatz beinhaltet die Individualität

⁴⁶ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.43f.

⁴⁷ Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH (ohne Jahreszahl):

<http://www.vitos-rheingau.de/rheingau/einrichtungen/psychiatrische-dienste/ueber-uns.html>

der Klienten, das heißt diese werden wahrgenommen mit ihren individuellen Kenntnissen, Kompetenzen und eigenen Potentialen. Darüber hinaus soll zu diesen Ressourcen jedes einzelnen Klienten ein passendes Angebot angefertigt werden.

-

Zielgruppe der Versorgung

- Wie oben schon dargestellt arbeiten die [REDACTED] mit dem Klientel der chronisch psychisch Kranken. Die vordergründige Erkrankung in jenen Einrichtungen ist die „Schizophrenie“.

Wohnformen

- Diese drei Wohnformen beinhalten immer das Ziel des möglichen Höchstmaß der Autonomie des einzelnen Klienten , angepasst an seine individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen.
- Stationär begleitende Wohnform
- Betreutes Wohnen
- Beschütztes Wohnen

Gestaltung des Tages

- Hierzu werden in [REDACTED] vielfältige Angebote, sowie Unterstützung den Klienten angeboten. Um den Klienten eine Struktur anzubieten, sowie soziale Kontakt, können sie eine Tagesförderstätte besuchen. Die Tagesförderstätte bietet ergotherapeutische Maßnahmen an wie Kochen, Herstellung von Produkten oder verkaufen im eigenen Second Hand Laden. Darüber hinaus werden die Klienten über ihre Erkrankung durch Psychoedukation aufgeklärt und begleitet in ihrer Tagesgestaltung.
- Zu der Begleitung der Tagesgestaltung gehört auch das Angebot der Freizeitgestaltung falls dies von Klienten gewünscht wird. Hierzu gibt es zum Beispiel Cafe Besuche, Skat Runden oder auch die Planung und Umsetzung eines Urlaubes.

Externe Fakten

Was ist das Zentrum für Freiwillige?

- Das Zentrum für Freiwillige ist die zentrale Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement in Wiesbaden. Es setzt sich als überparteiliche und unabhängige Einrichtung für eine Kultur des Ehrenamtes und Engagements in Wiesbaden ein.

Was bietet das Zentrum für Freiwillige?

- „Abgestimmt auf Ihre persönlichen Wünsche, Erwartungen und Möglichkeiten erhalten Sie von uns Informationen, werden beraten und vermittelt und – wenn Sie wollen – in Ihrem Engagement begleitet.
- Die möglichen Einsatzorte für Ihr Engagement sind vielfältig und so vielgestaltig wie unsere Stadt. Sie können mit Kindern spielen, Biotope pflegen, einen Vorlesekreis für Senioren/-inneneinrichten oder betreuen. Sie könnten bei der Wiesbadener Tafel aktiv werden oder in einem Seniorenheim in einer Cafeteria für Bewohner und Angehörige ... und ... und ...⁴⁸

Kooperation

- Die Kooperation beinhaltet die Zusammenarbeit zwischen dem FWZ und den begleitend psychiatrischen Diensten Vitos Rheingau Wohnverbund Wiesbaden.
- Die Kooperation soll Ehrenamtliche und psychisch erkrankte Menschen näher bringen. Dies kann durch ein Fest geschehen oder eine feste Patenschaft .
- Die Zielgruppe ist auf der einen Seite die chronisch psychisch kranken Menschen und auf der anderen Seite Ehrenamtliche.
- Die Kooperation wird durch eine Informationsveranstaltung begonnen.

⁴⁸ Freiwilligen Zentrum Wiesbaden e.V. (ohne Jahreszahl): <http://www.freiwilligenzentrum-wiesbaden.de/> (Stand 10.04.2013)

Anhang 9 Die SWOT Analyse⁴⁹

<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenorientierter Ansatz • Bestehende Angebote wie Tagesförderstätte • Größter Anbieter im Umkreis • „Kompetent für Menschen“ • Langfristige Planungskompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine vorhanden Kooperationen • Fehlende öffentliche Präsenz • Sehr eingegengtes Klientel
<i>Chancen</i>	<i>Risiken</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsbereitschaft • Qualitätssicherung • Kleiner Wohnungseinheiten • Unterstützung durch die Stadt Wiesbaden durch das Zentrum für Freiwillige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Scheiternde Kooperation wegen fehlender Kommunikation • Die Umsetzung der Kooperation kann durch ein falsches darstellen der Institution scheitern • Die Gesellschaft ist nicht offen genug gegenüber psychisch erkrankter Menschen • Schlechte Publikationen über psychisch erkrankte Menschen

⁴⁹ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.45-48.

<i>Ist</i>	<i>Soll</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Keine vorhanden Kooperationen • Kooperationsbereitschaft • Unterstützung durch die Stadt Wiesbaden durch das Zentrum für Freiwillige 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen zu „nicht psychiatrischen“ Einrichtungen herstellen, wie z.B. zum Zentrum für Freiwillige
<ul style="list-style-type: none"> • Größter Anbieter im Umkreis • Fehlende öffentliche Präsenz • „Kompetent für Menschen“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung der Unternehmensgröße und Imagespruch für die öffentliche Präsenz
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende öffentliche Präsenz • Kooperationsbereitschaft • Unterstützung durch die Stadt Wiesbaden durch das Zentrum für Freiwillige 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung der Kooperation als Öffentlichkeitsmagnet zur Aufklärung
<ul style="list-style-type: none"> • Scheiternde Kooperation wegen fehlender Kommunikation • Kooperationsbereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristig angelegte Kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Publikationen über psychisch erkrankte Menschen • Fehlende öffentliche Präsenz • Die Gesellschaft ist nicht offen genug gegenüber psychisch erkrankter Menschen • Unterstützung durch die Stadt Wiesbaden 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der Kooperation sollte Aufklärung für die Ehrenamtlichen darstellen, sowie Kontaktaufnahme zu psychisch erkrankten Menschen, um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

⁵⁰ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S. 49- 51

- Die gemeindepsychiatrische Einrichtung sollte eine Kooperation zum Zentrum für Freiwillige in Wiesbaden herstellen, um den Klienten einen Zugang zur Gesellschaft zu ermöglichen.
- Die gemeindepsychiatrische Einrichtung sollte in der Öffentlichkeit mehr präsent sein.
- Die Kooperation zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige sollte aus einer langfristigen Informationsarbeit bestehen.

⁵¹ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S. 51f.

Teil 2

Anhang 12

Die Zielgruppenstruktur⁵²

Wer gehört zur *Soll-Zielgruppe*?

- Ehrenamtliche beziehungsweise Freiwillige des Zentrums für Freiwillige

Welche *Funktion* soll die Zielgruppe bekommen?

- Verbindungsglied zwischen „der Gesellschaft“ und den psychisch erkrankten Menschen
- Kommunikationsadressat → Freiwillige des Zentrums für Freiwillige
- Kommunikationsmittler → gemeindepsychiatrische Einrichtung und das Zentrum für Freiwillige
- Kommunikationsabsender → [REDACTED], [REDACTED]
[REDACTED]

Welches *Format* hat die Zielgruppe?

- Die Zielgruppe sollte aus nicht mehr als acht Ehrenamtlichen bestehen.

⁵² Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa-Verlag: Berlin, 2011, S.60-66.

Anhang 13 **Das Zielgruppenprofil**⁵³

Die *Basisinformationen* der Zielgruppe lauten folgend

- Ab 18 Jahren ist eine Teilnahme erlaubt.
- Das Geschlecht ist unwichtig.
- Der Freiwillige sollte aus der näheren Umgebung aus Wiesbaden kommen.

Die *Einstellung* der Zielgruppe:

- Skepsis gegenüber den psychisch erkrankten Menschen
- Angst vor den psychisch erkrankten Menschen
- Vorurteile gegenüber der Klienten
- Neugierde bezüglich der psychisch erkrankten Menschen
- Unverständnis für das Klientel

Das *Verhalten* zum jetzigen Zeitpunkt sei

- Abweisend
- Ignorierend
- Vorsichtig

Die *Kommunikationmittel* der Zielgruppe sind

- Das Internet
- Tageszeitungen
- Medien wie der Fernseher oder Radio.

Die *Motivation* der Zielgruppe könnte sein

- Eine neue Erfahrung sammeln

⁵³ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.66-68.

1. *Aufgabe:* Die gemeindepsychiatrische Einrichtung sollte eine Kooperation zum Zentrum für Freiwillige herstellen.
Ziel: Durch die Kooperation soll den Klienten der Zugang zur Gesellschaft ermöglicht werden.
2. *Aufgabe:* Die gemeindepsychiatrische Einrichtung soll in der Öffentlichkeit präsenter sein.
Ziel: Die gemeindepsychiatrische Einrichtung soll in der Öffentlichkeit einen Bekanntheitsgrad haben.
3. *Aufgabe:* Die Kooperation zwischen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung und dem Zentrum für Freiwillige sollte aus einer langfristigen Informationsarbeit bestehen.
Ziel: Die Kooperation ist langfristig mit Aufklärungsarbeit erfolgreich und bietet den Klienten eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die oben genannten Aufgaben und Ziele werden mithilfe der SWOT Analyse erweitert. Hierbei werden die obengenannten Risiken zur Hilfe gezogen.

4. *Ziellücke im Risikofeld:* scheiternde Kooperation wegen fehlender Kommunikation.
Ergänzendes Ziel: Die Kommunikation intensivieren.
5. *Ziellücke im Risikofeld:* Umsetzung der Kooperation kann durch ein falsches darstellen der Institution scheitern.
Ergänzendes Ziel: Das Image der gemeindepsychiatrischen Einrichtung verbessern und beachten.
6. *Ziellücke im Risikofeld:* Die Gesellschaft ist nicht offen genug gegenüber psychisch erkrankten Menschen.

⁵⁴ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.68-75.

Ergänzendes Ziel: Die Gesellschaft aufklären über psychisch erkrankte Menschen, durch eine gut überlegte Imagekampagne.

7. *Ziellücke im Risikofeld:* Schlechte Publikationen in den Medien über psychisch erkrankte Menschen.

Ergänzendes Ziel: Durch eine Öffentlichkeitspräsenz den Medienberichten entgegenhalten.

Nachdem nun einzelne Ziele definiert wurden, müssen jene noch konkretisiert werden. Hierzu gibt es eine sogenannte *Zielkonkretisierung*.

1. Die Kooperation zum Zentrum für Freiwillige steigert die Kontaktaufnahme zwischen der Gesellschaft und den psychisch erkrankten Menschen.
2. Die Kooperation steigert das Ehrenamtliche Engagement im Bereich der Gemeindepsychiatrie moderat in Wiesbaden.
3. Die Kommunikation der Kooperationspartner wird um 100 % in den kommenden vier Wochen gesteigert.
4. Der Bekanntheitsgrad der Institution [REDACTED] [REDACTED] wird im Jahr 2013 bis 2015 gestärkt, durch Imagekampagnen, Aufklärungsarbeit und Kooperationen zu „nicht psychiatrischen Einrichtungen“.
5. Die Kooperation bietet eine langfristige Informationsarbeit, sowie soll sie als eine Kontaktstelle für interessierte Freiwillige und psychisch erkrankten Menschen dienen.

Teil 2

Anhang 15 Die Positionierung⁵⁵

„[REDACTED] ist einer der Anbieter für gemeindenaher Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen in ihrer Stadt.

Für uns stehen die Individualität jedes Menschen im Vordergrund, sowie eine Integration unserer Klienten in die Gemeinde. < Kompetent für Menschen > begleitet unsere Arbeit täglich und in allen Situationen des Lebens. Dies macht uns zu einem zukunftsstrebenden, kooperationsbereiten Unternehmen mit außergewöhnlichen Menschen.“

⁵⁵ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.75-81.

Teil 2

Anhang 16 Die Dachbotschaften⁵⁶

1. Der ressourcenorientierte und personenzentrierte Ansatz intendiert die Wahrnehmung der Individualität jedes Menschen anhand der Orientierung an individuellen Bedürfnissen. Durch diesen Ansatz werden die Kompetenzen jedes einzelnen gefördert.
2. Der Leitgedanke des Unternehmens Vitos GmbH: „Kompetent für Menschen“ repräsentiert die Arbeitsphilosophie des Unternehmens. Dieser Leitgedanke setzt eine aufgeklärte Sichtweise und professionelle Arbeit voraus. Die Kompetenz der Philosophie ermöglicht das Bestreben nach einer integrierten Versorgung in der Gemeinde.
3. Die gemeindepsychiatrische Einrichtung als attraktive Einrichtung mit außergewöhnlichen und besonderen Menschen. Die Arbeitsmöglichkeiten und Erlebnisse sind dadurch vielfältig, originell und offen für neue Entwicklungsperspektiven.

⁵⁶ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa-Verlag: Berlin, 2011, S.81-88.

Wahl der passenden Strategien :

Koalitionsstrategie + Mehr- Phasen Strategie+ Dialogstrategie = Erfolgreiche Kooperation

Formulierung der Strategien mithilfe der SWOT Analyse

1. Chance: „ Die gemeindepsychiatrische Einrichtung ist bereit für eine Kooperation außerhalb ihrer Institution ‚Psychiatrie‘. “
Handlungsstrategie: „Mögliche Kooperationspartner ansprechen und eine Kooperation bilden.“
2. Chance: „ Durch die Unterstützung des Zentrums für Freiwillige kann die Lebensqualität der Klienten gesteigert werden.“
Handlungsstrategie: „ Das Zentrum für Freiwillige zum Kooperationspartner machen und erfolgreich miteinander arbeiten.“
3. Risiko: „ Scheitern der Kooperation durch fehlende Kommunikation.“
Handlungsstrategie: „ Die Kommunikation der Kooperationspartner intensivieren.“
4. Risiko: „ Die Gesellschaft ist nicht offen genug gegenüber psychisch erkrankter Menschen.“
Handlungsstrategie: „ Die Gesellschaft aufklären über psychische Erkrankungen und deren Folgen.“

Darauf folgt eine Konkretisierung der Handlungsstrategien:

1. Bildung einer Kooperation zwischen dem Zentrum für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung
2. Erfolgreiche Zusammenarbeit durch eine kontinuierliche Kommunikation

⁵⁷ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.89- 96.

3. Durch die gebildete Kooperation mit dem Zentrum für Freiwillige soll die Institution [REDACTED] den Ehrenamtlichen nähergebracht werden und sie über das Klientel der Einrichtungen aufklären.
4. Die Kooperation führt zu einer längerfristigen gemeinsamen Arbeit, in der Ehrenamtliche und psychisch Erkrankte miteinander in Kontakt kommen.

Teil 2

Anhang 18 Die Strategietafel⁵⁸

<i>Zielgruppe</i>		
Ehrenamtliche des Zentrums für Freiwillige	Klienten der gemeindepsychiatrischen Einrichtung	
<i>Ziele</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation der Kooperationspartner • Optimierung der Kontaktaufnahme zwischen psychisch erkrankten und der Gesellschaft • Steigerung des ehrenamtliche Engagement in der Gemeindepsychiatrie • Langfristige Informationsarbeit • Stärken der öffentlichen Präsenz der gemeindepsychiatrischen Einrichtung (Interenes Ziel) 		
<i>Positionierung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung</i>		
<p>„[redacted] ist einer der Anbieter für gemeindenahe Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen in ihrer Stadt. Für uns stehen die Individualität jedes Menschen im Vordergrund, sowie eine Integration unserer Klienten in die Gemeinde. < Kompetent für Menschen > begleitet unsere Arbeit täglich und in allen Situationen des Lebens. Dies macht uns zu einem zukunftsstrebenden, kooperationsbereiten Unternehmen mit außergewöhnlichen Menschen.“</p>		
<i>Dachbotschaften der gemeindepsychiatrischen Einrichtung</i>		
Der ressourcenorientierte und personenzentrierte Ansatz intendiert die Wahrnehmung der Individualität jedes Menschen anhand der Orientierung an individuellen Bedürfnissen. Durch diesen Ansatz werden die Kompetenzen jedes einzelnen gefördert.	Der Leitgedanke des Unternehmens [redacted]: „Kompetent für Menschen“ repräsentiert die Arbeitsphilosophie des Unternehmens. Dieser Leitgedanke setzt eine aufgeklärte Sichtweise und professionelle Arbeit voraus. Die Kompetenz der Philosophie ermöglicht das Bestreben nach einer integrierten Versorgung in der Gemeinde.	Die gemeindepsychiatrische Einrichtung als attraktive Einrichtung mit außergewöhnlichen und besonderen Menschen. Die Arbeitsmöglichkeiten und Erlebnisse sind dadurch vielfältig, originell und offen für neue Entwicklungsperspektiven.
<i>Strategien</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Bildung einer Kooperation zwischen dem Zentrum für Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung • Erfolgreiche Zusammenarbeit durch eine kontinuierliche Kommunikation • Durch die gebildete Kooperation mit dem Zentrum für Freiwillige soll die Institution [redacted] den Ehrenamtlichen nähergebracht werden und sie über das Klientel der Einrichtungen aufklären. • Die Kooperation führt zu einer längerfristigen gemeinsamen Arbeit, in der Ehrenamtliche und psychisch Erkrankte miteinander in Kontakt kommen. 		

⁵⁸ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.97-99.

Teil 2

Anhang 19 **Das Symbol der Kooperation** ⁵⁹

Sammlung an Ideen:

- die Besonderheit der Klienten widergespiegelt wird
- die Zugehörigkeit der Bürger zu ihrer Stadt
- Bezeichnung des Klientel der psychisch erkrankten Menschen zu Reduzierung von Stigmata

Leitsatz der Kooperation:

„Andersartig, na und?! Wir gehören zusammen in unsere Stadt! Eine Kooperation zwischen ehrenamtlichen Engagement und der gemeindenahen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen.“

Symbolik für die Kooperation:

- angelehnt an die Logos der beiden Kooperationspartnern
- Auffällige Farben
- Slogan beinhalten



⁵⁹ Schmidbauer, Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.103-119.

Anhang 20 Die Zeiten und Grundmaßnahmen⁶⁰

Die Einteilung soll bei jener Kooperation eingeteilt werden nach *Zeiten*, um einen roten Faden zu spannen und einen Überblick für alle Beteiligten zu geben.

Zeitspanne	Maßnahme
Mitte Februar bis Anfang März 2013	Konzeption erstellen
Mitte April 2013	Informationsveranstaltung unter dem Slogan : „Andersartig, na und? Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“
Mitte Mai 2013	Einführungsseminar oder Einzelgespräche <ul style="list-style-type: none"> • Einführungsseminar über die Erkrankungen („Schizophrenie“) • Einführungsseminar im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen • Einführungsseminar „Selbstreflexion“ • Begutachtung der Einrichtung und erste Kontaktaufnahme
Ende Mai 2013	Kontaktaufnahme <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Kaffee trinken oder einen „gemütliche“ Abendveranstaltung • Erstgespräch nach Kontaktaufnahme • Keine feste Verbindlichkeit oder Patenschaft
Bis August 2013	Begleitung der Ehrenamtlichen <ul style="list-style-type: none"> • Telefonate oder Gespräche über Problematiken
Mitte Oktober 2013	Treffen der Ehrenamtlichen <ul style="list-style-type: none"> • Austausch der Erfahrungen
Dezember 2013	Evaluation zwischen Ehrenamtlichen, Klienten und Kooperationspartnern der bisherigen Kooperation

⁶⁰ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.123-137.

Die *Basismaßnahmen* beinhalten bei jener Kooperation folgende Punkte:

- eine immer wieder kehrende Kommunikation
- eine langfristige Informationsarbeit
- Stärkung des Bekanntheitsgrades der gemeindepsychiatrischen Einrichtung

Die *Stammaßnahmen* beinhalten die Information für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörigen; Informationsgespräche mit den Leitungen der gemeindepsychiatrischen Einrichtung; die Zusammenarbeit mit der Tagesförderstätte sowie eine Führung für interessierte „nicht psychiatrische“ Einrichtungen.

Teil 2

Anhang 21 Die Mehr- Phasen Strategie⁶¹

Um die einzelnen Maßnahmen zu vernetzen, wird die *Mehr- Phasen Strategie* zu Hilfe genommen.

Vorbereitungsphase	Umsetzungsphase	Nachbereitungsphase
<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung bestehender Arbeit der gemeindepsychiatrischen Einrichtung • Führungen für interessierte „nicht psychiatrische“ Einrichtungen • Kontaktaufnahme zu dem Zentrum für Freiwillige • Gespräch über die Vorstellungen einer Kooperation • Konzeption über eine Kooperation erstellen • Konzept vorstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Werbung auf der Internetseite des Zentrums für Freiwillige über die Veranstaltung (2.1) • Artikel in einer Wiesbadener Tageszeitung über die neue Kooperation (2.2) • Informationsveranstaltung unter dem Slogan : „Andersartig, na und? Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“ (2.3) • Gespräch mit interessierten psychisch Erkrankten und Gespräch des Teams des Wohnverbundes Wiesbaden über mögliche Tätigkeitsfelder (2.4) • Einführungsseminar oder Einzelgespräche (2.5) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführungsseminar über die Erkrankungen („Schizophrenie“) ➤ Einführungsseminar im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ➤ Einführungsseminar „Selbstreflexion“ ➤ Begutachtung der Einrichtung und erste Kontaktaufnahme • Kontaktaufnahme (2.6) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gemeinsames Kaffee trinken oder einen „gemütliche“ Abendveranstaltung ➤ Erstgespräch nach Kontaktaufnahme ➤ Keine feste Verbindlichkeit oder Patenschaft • Begleitung der Ehrenamtlichen (2.7) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Telefonate oder Gespräche über Problematiken 	<ul style="list-style-type: none"> • Treffen der Ehrenamtlichen (3.1) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Austausch der Erfahrungen • Neue Informationsveranstaltung für interessierte Ehrenamtliche mit Erfahrungsberichten der schon tätigen Ehrenamtlichen (3.2) • Evaluation zwischen Ehrenamtlichen, Klienten und Kooperationspartnern der bisherigen Kooperation (3.3)

⁶¹ Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.138-143.

Darauf folgt die konkrete Erläuterung der *einzelnen Maßnahmen* in Stichpunkten

Umsetzungsphase

2.1 Werbungen auf der Internetseite des Zentrums für Freiwillige über die Veranstaltung

- Informationen über die Kooperation
- Kurze Erklärung der gemeindepsychiatrischen Einrichtung
- Termin für die Informationsveranstaltung

2.2 Artikel in einer Wiesbadener Tageszeitung über die neue Kooperation

- Wiesbadener Kurier anschreiben
- Gespräch mit Redakteur
- Kooperation vorstellen
- Termin der Informationsveranstaltung veröffentlichen

2.3 Informationsveranstaltung unter dem Slogan : „Andersartig, na und? Wir gehören zusammen in unsere Stadt!“

- Informationen über die gemeindepsychiatrische Einrichtung Informationen über das Klientel
- Informationen über mögliche Tätigkeitsfelder

} Gleich-
zeitig

2.4 Gespräche mit interessierten psychisch erkrankten Mensch und Gespräch des Teams des Wohnverbundes Wiesbaden über mögliche Tätigkeitsfelder

- In der Einrichtung wird die Kooperation vorgestellt
- Gespräch mit interessierte Klienten
- Gespräch des Teams über Klienten und deren individuellen Bedarf der durch einen Ehrenamtlichen abgedeckt werden könnte

2.5 Einführungsseminar oder Einzelgespräche

- Einführungsseminar über die Erkrankungen („Schizophrenie“)
- Einführungsseminar im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen
- Einführungsseminar „Selbstreflexion“

- Begutachtung der Einrichtung

2.6 Kontaktaufnahmen

- Gemeinsames Kaffee trinken oder einen „gemütliche“
Abendveranstaltung
 - Kaffee trinken in der Tagesförderstätte
 - Abendveranstaltung wie zum Beispiel gemeinsamer „Pasta
Abend“
- Erstgespräch nach Kontaktaufnahme
 - Tätigkeitsfeld mit den einzelnen interessierten Ehrenamtlichen
besprechen

2.7 Begleitung der Ehrenamtlichen

- Telefonate oder Gespräche über Problematiken
- Immer wieder kehrende Kommunikation zwischen Ehrenamtlichen, Zentrum für
Freiwillige und der gemeindepsychiatrischen Einrichtung.

Nachbereitungsphase

3.1 Treffen der Ehrenamtlichen

- Austausch der Erfahrungen
- Problematiken besprechen
- Neue Ideen sammeln

3.2 Neue Informationsveranstaltung für interessierte Ehrenamtliche mit Erfahrungsberichten der schon tätigen Ehrenamtlichen

- Verbesserte Informationsveranstaltung durch Erfahrung
- Erfahrungsberichte der tätigen Ehrenamtlichen mit dem Wohnverbund
Wiesbaden und dessen Klientel's

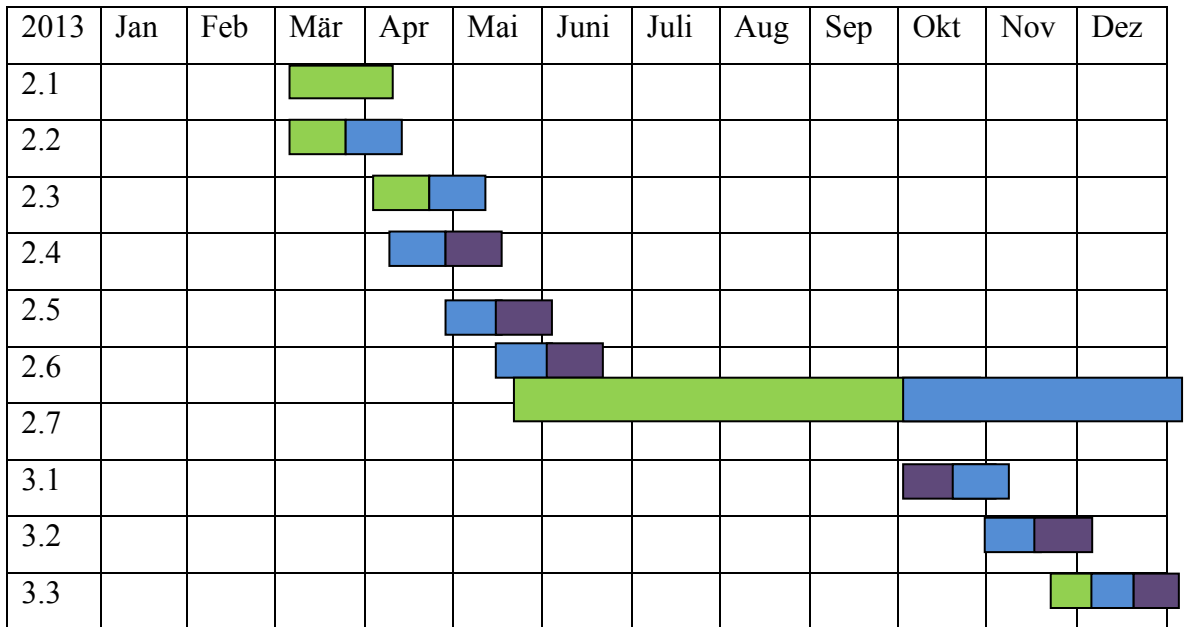
3.3 Evaluationen zwischen Ehrenamtlichen, Klienten und Kooperationspartnern der bisherigen Kooperation

- Gemeinsames Treffen der Kooperationspartnern sowie der Ehrenamtliche, um die Arbeit des ersten Jahres zu evaluieren
- Mögliche Fehler der Kooperation
- Problematiken
- Verbesserungsideen

Teil 2

Anhang 22 Überblick über die zeitliche Dimension der Kooperation⁶²

Der Zeitplan für die kommende Kooperation :



Zentrum für
Freiwillige

Gemeindepsychiatrische
Einrichtung

Ehrenamtliche/
Klienten

⁶² Schmidbauer , Klaus: Vorsprung mit Konzept. Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln. Talpa- Verlag: Berlin, 2011, S.144-147.

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Staat, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg , 16.04.2013