



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

Chronisch psychisch krank – durch Helfer*innen verursacht?

**Wie Professionelle diese Diagnose begünstigen und wie
sie innerhalb psychosozialer Beratungen präventiv agieren
können**

Vorgelegt von

Melanie Sand

Studiengang Beratung

Erstprüfer: Karsten Giertz (Master Social Work)

Zweitprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0240-5

Sommersemester 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Beschreibung der Personengruppe „chronisch psychisch erkrankte Menschen“	3
3 Versorgungssystem psychisch kranker Erwachsener in Deutschland	5
3.1 Entwicklung der Gemeindepsychiatrie	7
3.2 Enthospitalisierung als dauernde Herausforderung	11
3.3 Das Bundesteilhabegesetz als gesetzliche Grundlage.....	13
3.4 Capabilities Approach	16
3.5 BAESCAP STUDIE	18
3.6 S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ als Orientierung.....	24
4 Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen, die chronische psychische Erkrankungen begünstigen.....	26
4.1 Stigmatisierung.....	27
4.1.1 Bewältigung von Stigma	30
4.1.2 Bekämpfung von Stigmatisierung	31
4.1.3 Stigmatisierungen durch Helfer*innen.....	32
4.1.4 Strukturelle Gegebenheiten, die Betroffene stigmatisieren	33
4.2 Macht und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen professionellen Helfer*innen und Klient*innen	34
4.3 Erlernete Hilflosigkeit.....	37
4.3.1 Experimentbeschreibung.....	37
4.3.2 Bedeutung für psychisch erkrankte Menschen	38
5 Prävention von chronischen psychischen Erkrankungen innerhalb psychosozialer Beratungen.....	39
5.1 Der Recovery-Ansatz	43
5.2 Salutogenese.....	47
5.3 Empowerment	48
5.3.1 Umsetzung des Empowerments in der psychosozialen (Einzel-) Beratung.....	52
5.3.1.1 Motivierende Gesprächsführung.....	54
5.3.1.2 Ressourcenorientierung	56
5.3.1.2.1 Ressourcenanalyse	57
5.3.1.2.2 Kompetenzdialog	58
5.3.2 Grenzen von Empowerment	59
5.4 Gewinn der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen in psychosozialen Arbeitsfeldern	60

6 Zusammenfassung	61
7 Quellen	V
7.1 Printmedien.....	V
7.2 Internetquellen.....	IX
7.3 Abbildungsverzeichnis	IX
7.4 Anhangsverzeichnis	IX
8 Anhang	XI
9 Eidesstattliche Erklärung	XXXI

Abkürzungsverzeichnis

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
APK	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAESCAP	Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities-Approachs und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CA	Capabilities Approach
DBSH	Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik
EPAS	Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen
EUTB	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
EX-IN	Experienced Involvement
ICF	International Classification of Functioning, Disabilities and Health
IV	Integrierte Versorgung
NIMH	National Institute of Mental Health
OECD Länder	Organization for Economic Cooperation and Development
OxCAP-MH	Oxford Capabilities – Mental Health
RCT	Randomized controlled trial
SES	Stigma-Erfahrungs-Skala
TS	Tagesstätte

UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereingten Nationen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organisation
WPA	Weltgesellschaft für Psychiatrie

1 Einleitung

„Oft wird mit einer übereifrigen Retterrolle versucht, den lethargischen, apathischen Patienten aus seinem Zustand zu holen. Je mehr er sich zurückzieht, desto mehr dringen professionelle Helfer in ihn ein. Je mehr er aufgibt, desto stärker versuchen die Helfer, ihn zu motivieren. Je verzweifelter er wird, desto mehr verfallen sie in oberflächlichen Optimismus. Je mehr Behandlungspläne er verweigert, desto mehr Pläne werden für ihn gemacht. Schließlich finden sich die professionellen Helfer in einem Zustand des Burnouts wieder und sind erschöpft. Dann beginnt der Ärger über den Patienten. Die professionellen Helfer fühlen sich von dem benutzt, der ihre Hilfe ablehnt. Sie fühlen ihre Identität als Helfer von einem Menschen infrage gestellt, der sich im Schmerz und in der Gleichgültigkeit verloren hat. Es ist nicht unüblich, dass dann dem leidenden Menschen die Schuld gegeben wird, dass er als faul und hoffnungslos bezeichnet wird, dass er nicht krank, sondern manipulierend sei, oder dass er nicht verrückt, sondern schlecht sei. Es läge nicht an der angebotenen Hilfe, sondern dass ihm nicht geholfen werden kann und er keine Hilfe will. Er sollte aus dem Programm genommen werden und erst einmal hart auf den Boden fallen, damit er endlich aufwache und die gute Hilfe annehme, die ihm angeboten werde. In dieser Phase geschieht etwas sehr Interessantes: das therapeutische Team taucht ab, einige kündigen ihre Stelle, andere, die bleiben, werden hart, unsensibel oder zynisch. All dies sind Arten des Aufgebens und der Verzweiflung, die vom Team ausgelebt werden. Genauso wie ein Mensch mit einer psychiatrischen Erkrankung die Hoffnung aufgegeben hat, können dies Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie tun. Sie verbringen mehr Zeit, Teilnehmer aus einem Programm herauszunehmen als sie dazu einzuladen. Aufnahmekriterien werden rigide und unflexibel.“

(Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 169f.)

Psychische Erkrankungen bringen für die Betroffenen häufig Belastungen mit sich, die sich auf viele verschiedene Lebensbereiche auswirken können. Wenn der Kontakt zu professionellen Helfer*innen, die eigentlich dafür da sein sollten, sie zu unterstützen allerdings zu zusätzlichen Belastungen führt, können sich ihre psychischen Erkrankungen verfestigen und somit chronifizieren.

Während verschiedener Praktika im sozialpsychiatrischen Bereich sind mir immer wieder Menschen begegnet, die sich scheinbar selbst schon aufgegeben haben. In vielen Gesprächen stellte sich bereits nach kurzer Zeit heraus, dass sie sich selbst keinerlei Fähigkeiten mehr zuschreiben würden, da sie *‘ja eh zu nichts mehr zu gebrauchen wären‘*. Diese Menschen kennen bereits viele Einrichtungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe anbieten. Sie kennen viele Träger, viele professionelle Helfer*innen und viele Konzepte. Dennoch, so scheint es, sind diese Personen nicht mehr in der Lage, sich aus diesem Konstrukt verschiedener Hilfen zu befreien. Ihre Zuschreibung - chronisch psychisch krank. Aus diesem Grunde stelle ich mir in der vorliegenden Masterarbeit die Frage, inwieweit auch professionelle Helfer*innen dazu beitragen, dass eine solche Diagnose begünstigt wird. Durch welche Verhaltensweisen tragen diese dazu bei, dass Betroffene weiterhin durch die Auswirkungen ihrer Krankheit so beeinträchtigt sind, dass diese keine Selbstwirksamkeit vernehmen? Und was können professionelle Helfer*innen, vor allem innerhalb psychosozialer Einzelberatungen, dagegen tun?

Im ersten Teil meiner Arbeit werde ich auf die Beschreibung der Personengruppe – chronisch psychisch erkrankte Menschen – eingehen. Der zweite Teil bezieht sich auf das bestehende Versorgungssystem psychisch erkrankter Erwachsener in Deutschland. In diesem Zusammenhang gehe ich auf die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie, sowie der Enthospitalisierung als dauernde Herausforderung ein. Das Bundesteilhabegesetz als gesetzliche Grundlage wird ebenfalls benannt. Dann beschreibe ich den Capabilities Approach und betrachte die BAESCAP-Studie. Diesen Abschnitt beende ich mit den S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

Der dritte Teil befasst sich mit Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen, die chronische psychische Erkrankungen begünstigen können. Genauer betrachtet werden diesbezüglich verschiedene Formen der Stigmatisierung, einschließlich der Stigmatisierung durch professionelle Helfer*innen. Auch mögliche Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen professionellen Helfer*innen und Klient*innen werden benannt. Unter besonderer Berücksichtigung steht hierbei die erlernte Hilflosigkeit.

Im letzten Teil dieser Abschlussarbeit wird es um Möglichkeiten der Prävention von chronischen psychischen Erkrankungen innerhalb psychosozialer Beratungen gehen. Hierbei werden verschiedene Grundlagen psychosozialen Handelns betrachtet. Genauer beleuchtet werden der Recovery-Ansatz, die Salutogenese und der Empowerment-Ansatz. Die Umsetzung des Empowerments in der psychosozialen Einzelberatung gibt einen Blick auf konkrete Interventionsmöglichkeiten. Auch die Grenzen dieses Ansatzes werden betrachtet. Abschließend wird der Gewinn für die Soziale Arbeit durch die Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen geschildert.

Im folgenden Text wird die Rede von professionellen Helfer*innen sein. Gemeint sind insbesondere Sozialarbeiter*innen, die im psychosozialen Bereich bspw. als psychosoziale Berater*innen tätig sein können.

2 Beschreibung der Personengruppe „chronisch psychisch erkrankte Menschen“

Chronisch psychisch erkrankte Menschen (auch: *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen; people with severe mental illness*) zeichnen sich vor allem durch die Auswirkungen, die sie aufgrund der Schwere und der Dauer ihrer psychischen Erkrankung aufweisen, aus. Diese Auswirkungen zeigen sich in verschiedenen Bereichen ihres Lebens (vgl. DGPPN 2018a, S. 5). Z.B. im beruflichen Kontext: Jede*r Zweite von ihnen ist von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Auch eine fehlende Berufsausbildung oder gar Obdachlosigkeit treten vermehrt auf (vgl. DGPPN 2018b, S. 20). Aus diesem Grund sind chronisch psychisch erkrankte Menschen häufig von finanzieller Not bedroht. Wenn sie eine Beschäftigung ausführen, geschieht dies häufig im Rahmen einer Maßnahme vom *Jobcenter* oder aber innerhalb einer *Werkstatt für Behinderte Menschen (WfBM)*. Ihre schlechte finanzielle Situation spiegelt sich in unterschiedlichen Lebensbereichen wieder, wie bspw. Ernährung, Freizeitgestaltung oder Genussmittel. Aufgrund dessen verkehren chronisch psychisch erkrankte Menschen häufig mit Gleichgesinnten, da sie innerhalb von Angeboten der Gemeindepsychiatrie (z.B. Begegnungsstätten) Kontakt zu diesen finden (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 75). „Manche halten sich in der Fußgängerzone auf, weil sie allein, aber nicht einsam sein wollen.“ (Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 75). Generell ist jedoch zu sagen, dass sie häufig keine oder wenig Kontakte zu anderen Personen haben, ausgenommen von denen die, wenn sie nicht alleine leben, mit ihnen eine Wohnung oder ein Haus teilen (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 75). „Alleinlebende erhalten im Rahmen des betreuten Einzelwohnens ab und zu Besuch oder werden mit etwas Hauspflege versorgt; andere landen „fehlplatziert“ im Pflegeheim, im Obdachlosenheim oder im Maßregelvollzug.“ (Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 75). Auch der Behandlungsbedarf mittels medizinischer und sozialpsychiatrischer Hilfen dieser Personen ist hoch und komplex, sodass die Betroffenen innerhalb des Versorgungssystems eine Sonderstellung einnehmen (vgl. DGPPN 2018a, S. 5).

Um chronische bzw. schwere psychische Erkrankungen als solche definieren zu können, legte das *National Institute of Mental Health (NIMH)* die drei folgenden Kategorien fest (vgl. DGPPN 2018a, S. 6.).

„Diagnose: nichtorganische Psychose oder Persönlichkeitsstörung, *Dauer*: frühere Hospitalisation oder ambulante Behandlung über lange Zeit und Inanspruchnahme

von Reha-Leistungen und anderer psychosozialer Unterstützung (an dieser Stelle haben Schinnar und Kollegen zur Operationalisierung das 2-Jahre-Kriterium eingeführt), *Beeinträchtigungen* in mindestens 3 von 5 Bereichen (soziales Verhalten, Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Funktionen, Beruf und Freizeit)“ (DGPPN 2018a, S. 6).

Zu beachten ist jedoch, dass die verschiedenen Kategorien teilweise durch andere Umstände beeinflussbar sind (siehe *4 Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen, die chronische psychische Erkrankungen begünstigen*) oder die Kategorie der Beeinträchtigung nicht zwingend aufgrund einer langanhaltenden Krankheit gegeben ist. In Deutschland gelten schätzungsweise ein bis zwei Prozent der Gesamtbevölkerung im Erwachsenenalter als chronisch psychisch krank (vgl. ebd., S. 6f.). Vor allem Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, sind von Chronifizierungen betroffen (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 74).

Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen weisen ein erhöhtes Risiko einer verringerten Lebenserwartung auf. Die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)*, welche sich auf Walker, McGee und Druss bezieht, spricht von Verringerung von bis zu 32 Jahren (vgl. DGPPN 2018b, S. 18). Weil psychische Erkrankungen, ausgenommen von demenziellen Erkrankungen, einen nicht-tödlichen Verlauf haben, „[können] komplexere Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen, sozialer Ausgrenzung, geringerem Bildungsniveau und niedriger Gesundheitskompetenz [...] eine Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge haben.“ (DGPPN 2018b, S. 23). Auch ein erhöhtes Risiko somatischer Komorbidität liegt vor (vgl. DGPPN 2018a, S. 9).

Durch die Enthospitalisierung (im Rahmen der Psychiatrie-Enquete-Bewegung) von Betroffenen, die zuvor in psychiatrischen Anstalten lebten, wurde die Hoffnung geschaffen, Chronifizierungen verhindern zu können. Man ging davon aus, dass alleine die Freiheit heilen würde und Menschen, die zuvor in den Anstalten lebten, durch eine Entlassung zu ihrer Genesung finden würden (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 74). Trotzdem ist zu vermerken, dass auch die heutigen Strukturen zu chronischen psychischen Erkrankungen führen können. Dies betrifft Menschen vor allem in betreuten Heimen, Tagesstätten und Formen des ambulant betreuten Wohnens (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2014, S. 2). Es wird darüber gestritten, warum chronisch psychisch erkrankte Menschen nicht wieder gesund werden. In Frage gestellt werden dabei viele verschiedene Aspekte, wie bspw. die Auswirkungen der intensiven Behandlung und Betreuung, die sozialen Umstände sowie die Behandlung mit Medikamenten (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 74f.). „Vieles deutet darauf hin, dass der soziale Entwicklungsstand und die Lebensbewältigung vor dem Ausbruch der Erkrankung einen

erheblichen Einfluss auf ihren Verlauf haben – genauso wie das soziale Leben während und mit der Erkrankung.“ (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 75).

Innerhalb verschiedener Forschungsprojekte zu dem Thema chronische psychische Erkrankungen zeigte sich, dass Chronizität entweder durch Therapien zu ‚heilen‘ ist, oder von den Betroffenen akzeptiert und verstanden werden muss. Durch die Verhinderung bzw. Minimierung von einwirkenden Reizen kann Chronifizierungen vorgebeugt, oder aber gleichermaßen dadurch auch verursacht werden. Betrachtet man die vorliegenden Negativsymptomatiken im Zusammenhang mit dem Vulnerabilität-Stress-Coping-Modell, so kann bspw. die soziale Isolation auch als Schutzmechanismus vor Außenreizen dienen. Der Konsum von legalen und illegalen Drogen könnte als Selbstmedikation verstanden werden, weshalb zusätzliche Suchterkrankungen nicht selten vorkommen. Das Nichteingestehen der eigenen psychischen Erkrankungen könnte Betroffenen dazu dienen, ihre eigene Würde aufrecht zu erhalten (vgl. ebd., S. 75f.).

Junge Menschen, die bereits chronische psychische Krankheitsverläufe aufzeigen werden als *new chronics* bezeichnet (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 182). Chronisch psychisch erkrankte Menschen können teilweise auch als *Systemsprenger (heavy user)* auftreten. Diese fallen vor allem durch ihr aggressives Verhalten, das viel Anspruch fordert und Irritationen verursacht, auf. Es wirkt auf professionelle Helfer*innen herausfordernd. In Folge dessen werden sie, wenn sie überhaupt in Einrichtungen aufgenommen werden, aufgrund von Nichtakzeptanz der vorliegenden Regeln aus disziplinarischen Gründen entlassen. Das psychiatrische Versorgungssystem wird von ihnen sehr intensiv genutzt (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 77f.).

3 Versorgungssystem psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen schließt verschiedene Berufsgruppen ein. Diese sind ambulant, teilstationär oder stationär tätig, um Betroffenen eine Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen, sodass ihnen die Möglichkeit gegeben wird, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (vgl. DGPPN 2018b, S. 28). „Neben den primär behandlungsbezogenen Angeboten fördern vielfältige außerklinische Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote die berufliche und soziale Teilhabe der meist chronisch erkrankten Klienten“ (ebd.). Obwohl der regionale Bedarf gleich bleibt, weist die Versorgungsdichte für Menschen mit psychischen Erkrankungen große Unterschiede in Bezug auf Ost-West aber auch Stadt-Land auf (vgl. ebd., S. 30). Im Vergleich zu anderen *OECD-Ländern (= Organization for Economic Cooperation and Development)* hat Deutschland 27 Fachärzte auf 100.000 Einwohner, die sich auf den Bereich der psychischen Gesundheit spezialisiert haben. Nur die Schweiz weist eine noch bessere Versorgung in

diesem Bereich auf (vgl. DGPPN 2018b, S. 35). „Die bestehenden Versorgungslücken im deutschen System werden deshalb vielfach nicht mit einem Mangel an Angeboten, sondern u. a. mit ihrer mangelhaften Koordination, ihrer regional höchst unterschiedlichen Verteilung und einem drastisch gestiegenen Bedarf erklärt“ (ebd.).

Die *Integrierte Versorgung (IV)* hat zum Ziel, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen sich zu Hause stabilisieren können. Deutschlandweit wird diese Versorgung im Drei-Phasen-Modell angeboten. Teilnehmer*innen sollen, gemeinsam mit ihrem sozialen Netzwerk, dazu befähigt werden, krisenhafte Lebenssituationen selbstsicher bewältigen zu können. Auch zur Umsetzung ihrer Ziele soll es, dank ambulanter Unterstützung, kommen. Kritisch anzumerken ist, dass die *IV* von einer Feststellung des Hilfebedarfs eines Arztes abhängig ist. Ebenso muss die *IV* von der zuständigen Krankenkasse gewährleistet werden (vgl. Stratmann, S./Rymek, B. 2017, S. 10). Inhalte der *IV* sind, bspw. in der zweiten Phase, „[...] psychoedukative Elemente, Recovery [...], weitere Verlaufsassessments, die Stärkung des sozialen Umfelds sowie Perspektiven zur Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben [...]“ (ebd., S. 11). Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, denen die *IV* nicht zugestanden wird, würde dies bedeuten, den Zugang zu bspw. Recovery-Angeboten nicht nutzen und entsprechend keine Weiterentwicklung in diesem Bereich durch die *IV* erlangen zu können.

„Die Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen und multimorbiden Erkrankungsverläufen erfordert eine gesundheitsorientierte, vernetzte Betreuung und Begleitung, die neben den professionellen Angeboten besonders das unmittelbare soziale Netzwerk der Betroffenen aktiv in den Behandlungsprozess einbezieht.“ (ebd.).

Dementsprechend fordern Stratmann und Rymek (ebd.), dass die *IV* als Regelangebot innerhalb des Gesundheitssystems gefestigt wird. Da diese Versorgung viele verschiedene Professionen mit einbezieht, ist eine gewisse Kooperationsfähigkeit zur Durchsetzung Voraussetzung. Aber auch auf Betroffenenseite ist zu berücksichtigen, dass vor allem Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen Zeit brauchen, um sich auf ambulante Angebote einzulassen. Diese Umstände führen gegebenenfalls dazu, dass eine Umsetzung nicht möglich ist.

Auch wenn Menschen mit chronischen bzw. schweren psychischen Erkrankungen eine heterogene Gruppe darstellen, zeigen sich vor allem in Bezug auf ihre Beeinträchtigungen Ähnlichkeiten (vgl. DGPPN 2018a, S. 8). „[...] [So bestimmt vor allem die] Teilhabe am sozialen Leben [...] und weniger die konkrete medizinische Diagnose [...] die Gestaltung und Durchführung der psychosozialen Interventionen im psychosozialen Versorgungssystem [...]“ (ebd.). Trotzdem sind auch diagnosespezifische Behandlungen von Bedeutung (vgl. ebd., S. 9).

3.1 Entwicklung der Gemeindepsychiatrie

Seit der *Psychiatrie-Enquete-Bewegung* in den 1970er Jahren entwickelten sich verschiedene außerklinische Unterstützungsangebote für Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen. Diese werden unter dem Begriff der *Gemeindepsychiatrie* geführt. Zu den Angeboten zählen sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen aber auch Einrichtungen der (beruflichen) Eingliederungshilfe, etwa wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder ambulant betreute Wohnformen (vgl. DGPPN 2018b, S. 33f.). Synonym zur Gemeindepsychiatrie ist der Begriff der *Sozialpsychiatrie* (vgl. Becker, T. et al. 2015, S. 171).

Die *Psychiatrie-Enquete* sollte für die empörenden Bedingungen, unter denen Menschen mit psychischen Erkrankungen in oder außerhalb der Anstalten lebten, sensibilisieren und auf die Verdrängung der Vernichtungspolitik, die im Nationalsozialismus an Betroffenen vorgenommen wurde, einschließlich ihrer Aufarbeitung in der Nachkriegszeit, aufmerksam machen (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 17).

„Zentrale Forderungen der Enquete waren die Beseitigung der menschenunwürdigen Bedingungen in den Anstalten, die Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen, der Aufbau von bedarfsgerechten ambulanten und komplementären Hilfeangeboten in der Alltags- und Lebenswelt, das multiprofessionelle Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen, Grundsätze der präventiven Versorgung und eine besserer Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete.“ (ebd.).

Daraus ergab sich, dass verschiedene Berufsgruppen darüber debattierten, wie sie dies umsetzen könnten (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 20). „Traditionelle Berufsrollen und alte Hierarchien werden kritisch hinterfragt, Raum für psychologische und sozialarbeiterische Ansätze geschaffen, Teamarbeit, Patientenbeteiligung und ein partnerschaftlicher Umgang eingeklagt.“ (ebd.). Einige Kritikpunkte bzgl. der Umsetzung wurden schnell geäußert. So wurde zum einen kritisiert, dass Forderungen aufgestellt werden würden, die über mehrere Jahrzehnte hinweg nicht realisierbar wären, exemplarisch dafür ist die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung zu nennen. Auch das fehlende, ausreichend qualifizierte Personal würde dafür fehlen. Auch die Anregung zur Selbsthilfe und weitere präventive Maßnahmen, die vor allem chronisch psychisch erkrankten Menschen zu Gute kommen würden, würden zu kurz kommen. Die Kritik, dass die Psychiatriereform nur eine moderne Umsetzung der alten Anstaltslogik sei, teilten vor allem Psychiatrie-Erfahrene (vgl. ebd., S. 19). Während einige Gemeinden psychiatrische Stationen in Allgemeinkrankenhäusern errichten, es zum Bettenabbau kommt und eine deutliche Senkung der Aufenthaltsdauer zu vermerken ist, kommt es in anderen Gemeinden lediglich zu einer augenscheinlichen Änderung, indem bspw. Langzeitstationen in Wohnheime für psychisch erkrankte Menschen umbenannt werden. Diskussionen bzgl. der Umsetzung

wurden mit verschiedenen Vorschlägen bestückt, die einerseits die Schließung der großen bestehenden psychiatrischen Anstalten zur Folge haben sollten und andererseits eine Verbesserung der Umstände innerhalb dieser Einrichtungen forderten. Einig wurde man sich darin, dass die Patient*innen mit ihren Rechten sowie ihren Bedürfnissen in den Fokus gehören (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 20).

Es wurde eine heterogene Versorgungslandschaft für psychisch erkrankte Menschen geschaffen, die sich innerhalb verschiedener Bereiche, wie dem Wohnen oder der Teilhabe, zeigten. Trotzdem kam es teilweise auch zu einer Art Re-Institutionalisierung, weil Betroffene nur partiell den Zugang zu den benötigten Hilfen bekamen. Zum einen kam es zum Ausbau der Forensik und zum anderen sind psychisch Erkrankte vermehrt in Pflegeheimen oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anzufinden (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 21).

Die Gesundheitsversorgung sollte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderung selbstverständlich werden. Auch die Gleichstellung von psychisch erkrankten Menschen und Menschen mit somatischen Erkrankungen im sozialrechtlichen Sinne sollte verwirklicht werden (vgl. ebd., S. 19). Dies ist bis heute nur bedingt gelungen. Es zeigt sich auch auf finanzieller Ebene, dass psychische Krankheiten gegenüber körperlichen eine geringere Priorität haben (vgl. Schomerus, G./Angermeyer, M.-C. 2015, S. 259).

Um ein sozialpsychiatrisches Denken zu entwickeln, war es von besonderer Bedeutung, das psychiatrische Krankheitskonzept sowie auch das medizinisch-institutionelle Modell kritisch zu hinterfragen. Ein Zusammenhang bzgl. der Auswirkungen der Wechselbeziehung von biologischen, psychischen und sozialen Aspekten auf psychische Erkrankungen wurde in Betracht gezogen (*biopsychosoziales Modell*). Trotzdem zeigt eine Studie des *Deutschen Krankenhausinstituts* aus dem Jahre 2014, dass psychotherapeutische Behandlungen, die leitliniengerecht wären, vor allem bei Psychosen in Krankenhäusern immer noch nicht zum Standard gehören. Häufig wird sich weiterhin auf ein biomedizinisches Krankheitskonzept berufen, dessen Behandlung vor allem mittels Einsatz von Psychopharmaka stattfindet. Ganz besonders Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen sind davon betroffen (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 23ff.).

Die Gemeindepsychiatrie wirkt, aufgrund ihrer verschiedenen Angebote und deren jeweiligen Träger und der zuständigen Finanzierung unübersichtlich (vgl. ebd., S. 21). Ein großes Problem besteht darin, dass viele unterschiedliche Träger in der Versorgung für psychisch Erkrankte zuständig sind und es, statt zur Kooperation oft zum Konkurrenzhandeln kommt. In Folge dessen wird der Gedanke der *Sektorierung*, die dem*der Betroffenen dazu dienen soll

entsprechende Hilfe in seiner*ihrer Nachbarschaft anzunehmen, mehr und mehr vernachlässigt und der Fokus wird von den Bedürfnissen des*der Betroffenen auf die Interessen der Institution gelegt (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 41f.). Dazu kommt, dass die Entwicklungen von Menschen nicht vorhersehbar sind, weshalb Armbruster et al. (2015, S. 28) die Erwartungen von Kostenträgern der unterstützenden Leistungen kritisieren, da diese z. B. mithilfe von Hilfeplänen festhalten wollen, zu welcher Zeit welche Entwicklung der Betroffenen erreicht sein wird.

Psychische Erkrankungen sollten im Sinne der Sozialpsychiatrie von vielfältigen Methoden begleitet werden, die sowohl die teilweise notwendige medizinische Behandlung aber auch psychosoziale und psychotherapeutische Ansätze gleichwertig mit einbeziehen. Außerdem sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass psychische Erkrankungen sich auf viele verschiedene Lebensbereiche auswirken (können), sodass in den unterschiedlichsten Gebieten Prozesse der Veränderung angeregt werden können (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 29). Vor allem der Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen gewinnt von Zeit zu Zeit immer mehr an Bedeutung. In der Vergangenheit kam es oft dazu, dass Professionelle und Nutzer*innen des (sozial-)psychiatrischen Systems voneinander wenig Kenntnis nahmen, sodass es nicht zu einem konstruktiven Austausch und einer damit verbundenen Weiterentwicklung kommen konnte. So trugen unter anderem die subjektiven (negativen) Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems erst spät zu einer Revision der Reformziele bei. Rechtliche und ethische Grundlagen sollten innerhalb sozialpsychiatrischer Angebote stets im Blick behalten werden, um für die Betroffenen bestmöglich stellvertretend zu handeln. Um dies zu verwirklichen, sind Betroffenenvertretungen einzurichten und Vertreter*innen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen sowie Bürgerhelfer*innen gleichberechtigt an Entscheidungen für die Umsetzung von Angeboten zu beteiligen (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 31ff.). Um fachliches Wissen weiterzuentwickeln und zu vermitteln ist es innerhalb der Gemeindepsychiatrie von großer Bedeutung, berufsübergreifende Weiterbildungen, wie bspw. *Dialogseminare*, durchzuführen (vgl. ebd., S. 34). „Auf dem Weltkongress für Soziale Psychiatrie im Juni 1994 in Hamburg wird zur Überraschung vieler Tagungsteilnehmer die tatsächliche Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen in den Gedankenaustausch ein voller Erfolg.“ (Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 21). Engagiert zeigen sich auch gemeinnützige Vereine und Initiativen, die sich für verbesserte Wohnformen, Arbeitsbedingungen und Freizeitgestaltungen für Betroffene einsetzen. Angehörigengruppen ermöglichen seitdem einen Austausch (vgl. ebd.). Professionelle Helfer*innen aus verschiedenen Berufsgruppen, wie auch nicht-professionelle Helfer*innen sowie Betroffene und Angehörige sind etwa im *Dachverband Gemeindepsychiatrie* vertreten (vgl. Schöck, G./Schöck, I. 2015, S. 96f.). Damit gemeindepsychiatrische Angebote gut funktionieren

können, ist es ebenfalls wichtig die Ängste und Sorgen der ‚gesunden‘ Bevölkerung aus der Nachbarschaft mit einzubeziehen und ihnen beim Umgang mit und dem Verstehen von psychischen Krankheiten unterstützend zur Seite zu stehen (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 44).

Bei Behandlungen kommt es zu *Behandlungsvereinbarungen* zwischen den behandelnden Kliniken und den betroffenen Patient*innen. Erfahrungen aus bereits erlebten Klinikaufhalten werden berücksichtigt und Absprachen getroffen, die sich bspw. auf Situationen der Aufnahme, aber auch der Medikation oder Zwangsmaßnahmen beziehen. Vorteilhaft ist, dass durch diese Vereinbarungen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den behandelnden Personen sowie den Betroffenen geschaffen werden kann und Patient*innen gegenüber den behandelnden Kliniken eine positivere Einstellung haben. Die Evaluierung von Behandlungsvereinbarungen zeigte bereits, dass die Behandlungsdauer in stationären Settings nach einer solchen Vereinbarung sinkt (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 22).

Die Kritikpunkte von damals haben auch heute nicht an Aktualität verloren. Weiterhin ungenügende ambulante Versorgungsmöglichkeiten, vor allem im psychotherapeutischen Bereich, führen dazu, dass obwohl es viele gute Veränderungen gab, es auch heute noch viele Menschen gibt, die nicht die Unterstützung erhalten, die sie bräuchten. Diese leben teilweise auch heute noch in menschenunwürdigen Verhältnissen (vgl. (Armbruster, J. et al. 2015, S. 35f.). Ebenfalls kritisiert wird, dass es in den letzten Jahren scheinbar zu der Entwicklung einer Zwei- bzw. Dreiklassenpsychiatrie gekommen sei. Dies äußert sich unter anderem in vermehrten Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. ebd., S. 29). Das *Deutsche Institut für Menschenrechte* forderte bereits im Jahre 2012 Weiterentwicklungen der psychiatrischen Versorgung, denn diese würde, bzgl. der *UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)*, mangelhaft umgesetzt werden. Vor allem die Bereiche, die sich auf Freiwilligkeit der Betroffenen, selbstbestimmtes Handeln und Partizipation beziehen, unterliegen einem besonderen Bedarf (vgl. ebd., 35f.). Das *Bundesteilhabegesetz (BTHG)* verspricht neue Hoffnung. (siehe *Punkt 3.3*).

Die Vernetzung der Gemeindepsychiatrie mit anderen Arbeitsfeldern wird eine wichtige Rolle spielen, um trotz begrenzter Ressourcen, Menschen mit psychischen Erkrankungen in möglichst vielen Bereichen, wie z.B. der Wohnungslosenhilfe, unterstützend zur Seite zu stehen. Um psychische Belastungen und Erkrankungen zukünftig möglichst verhindern zu können, soll der Fokus auf seelische Gesundheit gelegt werden (vgl. ebd., S. 34). „Die Sozialpsychiatrie muss stets den Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit, Armut und sozialer Exklusion im Blick behalten und in der Öffentlichkeit zum Thema machen.“ (ebd., S. 26).

3.2 Enthospitalisierung als dauernde Herausforderung

Die Enthospitalisierung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen fand in Deutschland im Jahre 1975 mit der *Psychiatrie-Enquete* große Beachtung. Seitdem wurden in Deutschland verschiedene Studien zur Enthospitalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. Exemplarisch darunter zählen das von Kruckenberg et al. durchgeführte Evaluationsprojekt zur Schließung der *Klinik Kloster Blankenburg* oder aber auch Spanckens Untersuchungen zur Enthospitalisierung des *Rheinischen Landeskrankenhauses Bedburg-Bau* (vgl. Vieten 2015, S. 333ff.).

Trotz der Erfolge, die sich bspw. durch einen Rückgang von negativen Symptomen Betroffener nach Entlassung sowie auch einer Steigerung ihrer Lebenszufriedenheit zeigen, gibt es hinsichtlich chronisch psychisch kranker Menschen weiterhin eine unzureichende Versorgung. So kritisiert Berger, der von Vieten zitiert wird, dass diese Menschen weiterhin einer Gesetzesgrundlage unterliegen, in der sie nicht ausreichend Beachtung finden. Dadurch kommt es zu Schwierigkeiten in der Versorgung dieser Personen. Gaertner, der ebenfalls von Vieten zitiert wird, schreibt, dass chronisch psychisch erkrankte Menschen weiterhin eine gesellschaftliche Randgruppe bilden. Dies sei unter anderem auf eine Wechselwirkung von durch die Krankheit erzeugten Behinderungen, Defiziten in der strukturellen Versorgung sowie der Benachteiligung in sozialrechtlichen Angelegenheiten zurückzuführen (vgl. Vieten 2015, S. 336f.).

Veränderungen, die durch Projekte der Enthospitalisierung geschaffen worden sind, zeigen sich u. a. wie folgt: Reduzierung der stationären Plätze; Ausbau von dezentralen Wohnformen sowie Arbeitsweisen, die individuell auf die Betroffenen abgestimmt und systemisch orientiert sind (vgl. ebd., S. 338).

Vieten (2015, S. 339) schreibt, dass der Begriff der Enthospitalisierung „[...] den betroffenen Patientinnen und Patienten eine Rolle des „passiven Erduldens“ der Bemühungen seitens der Mitarbeitenden zu[weisen würden] [...]“. Dennoch, so schreibt er weiter, wäre dies nicht der Sinn der Sache. Bei einer Enthospitalisierung ginge es um mehr, als die Entlassung von psychisch erkrankten Menschen aus den Anstalten. Es handle sich hierbei vor allem auch um Veränderungen innerhalb der Institution, die sich auf organisatorischer und konzeptioneller Ebene widerspiegeln.

Vierzig Jahre nach der Psychiatrie-Enquete stellt sich nun die Frage, was bereits erreicht worden ist und welche Aspekte weiterhin beachtet werden müssen. Innerhalb der Münchener *SEEWOLF-Studie*, veröffentlicht von Bäuml et al., stellte sich heraus, dass chronisch psychisch erkrankte Menschen in ihren Gemeinden keinen Anschluss gefunden haben. Die Versorgungslage der Wohnungslosenhilfe, dessen Angebote die Betroffenen in

Anspruch nehmen, ist schlecht. Problematisch gestaltet sich die nicht Anbindung von Betroffenen in professionelle Hilfen, sondern die (Wieder-)Eingliederung in die Nachbarschaften. Dies sei vor allem darauf zurückzuführen, dass es zu wenige Reize gebe, die Hilfeleistungen zu beenden, wenn vorher gemeinsam mit den Betroffenen festgelegte Ziele erreicht worden sind. Die Verantwortung wird hierbei den Kostenträgern sowie den ausführenden Hilfsanbietern zugeordnet. Die Errichtung eines inklusiven Sozialraums sei das Ziel. (vgl. Vieten 2015, S. 341).

Die Zahlen psychisch erkrankter Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, steigen kontinuierlich. Vorrangig sind die Leistungen im Bereich des Ambulante Betreuten Wohnens (ABW) zu finden. Die Zahl der Heimbewohner*innen bleibt nahezu konstant, da es für Leistungserbringer nicht attraktiv ist, diese Plätze durch hochintensive Alternativen zu ersetzen (vgl. ebd., S. 342).

Je höher der Umfang der Institutionalisierung von Betroffenen ist, desto mehr nimmt ihre Lebensqualität ab. Auch weitere unerwünschte Effekte können dazukommen. Aus diesem Grund steht die Vermeidung einer Dauerinstitutionalisierung, so auch von der *DGPPN* in den *S3-Leitlinien* (siehe Punkt 3.6) empfohlen, im Vordergrund (vgl. *DGPPN* 2018a, S. 39). Dennoch ist auch in den Fokus zu nehmen, dass es möglicherweise zu einer Drei-Klassen-Psychiatrie kommen könnte. Einige Fehlentwicklungen zeigten sich bereits:

„Der rasante Anstieg der Aufnahmen in forensisch-psychiatrischen Kliniken – Verdreifachung der Zahlen der Patientinnen und Patienten in forensischen Kliniken und Abteilungen in zehn Jahren bis 2010 auf 12.000 – hat sowohl etwas zu tun mit der unzureichenden Versorgungssituation insbesondere von schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen in der Versorgungspsychiatrie im ambulanten und stationären Bereich als auch mit dem Druck, der von unterschiedlichen Seiten auf die Akutbehandlung ausgeübt wird. Dazu tragen stetig die geringer werdenden Bettenzahlen bei kürzerer Verweildauer in den Kliniken bei, die konkurrierenden Patientengruppen, die immer mehr psychiatrische Hilfe aufsuchen, und der Druck der Krankenkassen auf eine weitere Reduzierung der Verweildauer.“ (Vieten 2015, S. 343).

Des Weiteren sei zu kritisieren, dass auch Stigmatisierungen von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere mit schizophren-psychotischen Störungen, weiterhin ansteigend sind. Betroffene, die aufgrund mehrerer Diagnosen und sozial auffälligem Verhalten als *heavy-user* bezeichnet werden, benötigen individuelle Hilfsangebote, deren Konzepte in regionaler Verantwortung sein sollten. Zu hoch ist die Gefahr, die von dem Fehlen solcher Konzepte ausgeht: die Betroffenen werden aufgrund von Delikten, die mit ihrer Krankheit zusammenhängen, in der Forensik untergebracht. Besonders davon betroffen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, da die Angst vor erneuten Straftaten bereits durch kleinere Delikte ausgelöst wird, sodass Gerichte und Träger des Versorgungssystems sich für eine forensische Unterbringung entscheiden. Rehabilitative Bemühungen zur Entlassung werden

nur zaghaft unternommen. Dementsprechend hoch ist nach vierzig Jahren *Psychiatrie Enquete* der Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung (vgl. Vieten 2015, S. 343f).

Woher kommt dieser Mensch, aus welchen Lebensverhältnissen, welche Angehörigen gibt es, wie sind die Beziehungen, und wo, wie und mit wem möchte er/sie zukünftig wohnen und leben und welche Hilfen benötigt er/sie dazu?“ (Aktion Psychisch Kranke 1993, S. 3)

Dies ist eine Frage, die sich professionelle Helfer*innen stellen sollten, wenn sie zur Enthospitalisierung beitragen möchten. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Kreise und Städte ein Interesse an dieser Umsetzung haben. Hinzukommend müssen Träger psychiatrischer Versorgung eine gemeindepsychiatrische Umsetzung ermöglichen. Ebenso nötig ist, dass Kosten- und Leistungsträger bedarfsorientierte Leistungen finanzieren (vgl. Aktion Psychisch Kranke 1993, S. 3f.).

3.3 Das Bundesteilhabegesetz als gesetzliche Grundlage

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – oder auch *Bundesteilhabegesetz (BTHG)* wurde am 23. Dezember 2016 nach zahlreichen Diskussionen verabschiedet. Diese Gesetzgebung soll bis zum Jahre 2023 stufenweise umgesetzt werden. In der folgenden Abbildung des *Bundesministeriums für Arbeit und Soziales* werden die Maßnahmen und Ziele des BTHG veranschaulicht:



Abb. 1: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016

Deutlich wird, dass das BTHG Menschen mit Behinderungen zu selbstbestimmterem Handeln und mehr Optionen bezüglich ihrer Teilhabe befördern soll. Auch die vorher stark eingeschränkte Einbehaltung von Einkommen und Vermögen, wenn die Betroffenen Eingliederungshilfe beziehen, wurden gelockert. Einkommen und Vermögen von Ehe- oder Lebenspartnern werden seit 2020 nicht mehr herangezogen. Auch Beiträge, die die Eltern von volljährigen Bezieher*innen der Eingliederungsleistungen zuzahlen mussten, wurden aufgehoben (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020). „Gleichzeitig werden die Kommunen und Länder entlastet, da Grundsicherungs- und Eingliederungshilfeleistungen getrennt sowie teilweise vom Bund übernommen werden.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020).

Im Folgenden gehe ich auf die verschiedenen Maßnahmenpunkte der oben stehenden Abbildung ein. Eine wichtige Maßnahme des BTHG stellt das frühe Handeln von Trägern der Reha-Leistungen dar (z.B. Agentur für Arbeit oder gesetzliche Rentenversicherung). Die Träger sollen aufmerksam auf die Betroffenen schauen, um durch präventive Maßnahmen einer möglichen Erwerbsminderung sowie einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Die präventiven Maßnahmen sollen dabei an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. In Bezug auf Verfahren soll es den Betroffenen leichter gemacht werden, auf sie abgestimmte Reha-Leistungen mithilfe von nur einem Antrag gewährleistet zu bekommen. Ziel ist dabei das in den Mittelpunkt stellen der Antragsteller*innen. Die *ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)* stellt eine Beratungsform des *Peer Counseling* dar. Betroffene und Angehörige beraten dort ratsuchende Betroffene bezüglich Rehabilitation und Teilhabe. Als weitere Maßnahme des BTHG werden die Eingliederungsleistungen betrachtet. Diese richten sich an die Teilhabe Betroffenen in den Bereichen Bildung, Arbeit und Soziales (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020). „Jeder Mensch mit Behinderungen soll entsprechend seines individuellen Leistungsvermögens durch passgenaue Leistungen und Förderung die für ihn größtmögliche Teilhabe am Arbeitsleben erreichen.“ (ebd.). Die Teilhabe an Bildung soll vor allem durch die Übernahme von behinderungsbedingten Kosten, mit denen es den Betroffenen möglich ist, die angestrebte Bildung zu erhalten, erreicht werden. Dies kann sich auf schulische oder hochschulische Bildung beziehen (vgl. ebd.). Da bereits ca. 21% der Tätigen innerhalb WfbM aufgrund einer psychischen Erkrankung angestellt sind, stellt das BTHG Gelder zur Verfügung, um Arbeitsbedingungen zu schaffen, bei denen Betroffenen der Erhalt ihrer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht werden soll (Budget für Arbeit §61 SGB IX). Vergleichbare Projekte sind international bereits unter *Supported Employment* oder *Individual Placement Support* bekannt (vgl. Conty, M. 2018, S. 136f.). In Bezug auf soziale Teilhabe soll den Betroffenen unter anderem durch entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten, die Gelegenheit gegeben werden, ihren Alltag selbstbestimmt und individuell führen zu können. Durch die Verbesserung der

Schwerbehindertenvertretungen innerhalb von Betrieben sollen Menschen mit Behinderungen mehr Mitspracherecht innerhalb dieser Betriebe haben. Innerhalb von *Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)* haben Werkstatträte mehr Rechte und Frauenbeauftragte werden gewählt, um gegen geschlechtsspezifische Diskriminierung vorzugehen. Ein Systemwechsel liegt darin vor, dass die Eingliederungshilfe für Menschen, die über eine große Teilhabebeschränkung verfügen, nun im zweiten Teil des SGBIX festgeschrieben ist. Die Leistungen orientieren sich nicht mehr an den Wohnformen der Betroffenen, sondern nehmen ihren individuellen Bedarf in den Fokus. Um eine Qualitätskontrolle zu ermöglichen und sicherzustellen, wurde gesetzlich ein Prüfrecht eingeführt (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020). „[...] [Dies sorgt dafür,] dass der Leistungserbringer seine gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen erfüllt. Dementsprechend werden gleichzeitig die Sanktionsmöglichkeiten bei Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten erweitert.“ (ebd.).

Die *Aktion psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. (APK)* sieht die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII (Sozialhilferecht) als wichtige Veränderung, um Stigmatisierungen entgegenzuwirken und eine Normalisierung von Menschen mit Behinderungen herbeizuführen. Kritisch zu betrachten ist in ihrer Auffassung jedoch, dass die Personenzentrierung im BTHG nicht durchgängig beibehalten wird. Ebenso kritisieren sie, dass sich die Leistungen nicht ausreichend am *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)* orientieren (vgl. Aktion psychisch Kranke 2016, S. 2).

Speck et al. (2017a, S. 14) kritisieren, dass es zur neuen Gesetzesgrundlage gekommen ist, ohne die Zufriedenheit und die Lebensumstände der Betroffenen umfassend in Betracht zu ziehen und somit ihre konkreten Chancen auf Teilhabe sowie deren Risiken zu beachten. Das Gesetz orientiere sich nur an den Empfängerzahlen, einigen institutionellen Gegebenheiten und möglichen Kosten. Außerdem wird kritisiert, dass sich bspw. in der *BAESCAP-Studie* (siehe *Punkt 3.5*) zeigte, dass sich die Verwirklichungschancen der Betroffenen gerade mit zunehmender Betreuungsintensität gut ausbilden können, das BTHG jedoch auf ambulante Leistungen setzt (vgl. Daum, M. 2018, S. 118).

Die Teilhabe der Betroffenen wird zwar anhand verschiedener Kategorien, die sich am *ICF* orientieren, gemessen, dennoch ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit diese Kategorien tatsächlich Teilhabe abbilden (vgl. Speck, A. 2018a, S. 12). „Das BTHG soll eine individuelle und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern.“ (ebd., S. 12).

3.4 Capabilities Approach

Der *Capabilities Approach (CA)* oder auch *Befähigungsansatz* wurde erstmalig von Amartya Sen aufgestellt und später von Martha C. Nussbaum weiterentwickelt. Ursprünglich ging es darum, Bewertungskriterien zu finden, die den Wohlstand und das Wohlergehen der Bevölkerung messen. Daraus sollten darauf abgestimmten sozialpolitischen Interventionen kommen, die sich nicht nur an dem Bruttosozialprodukt orientierten (vgl. Röh, D. et al. 2017, S. 301).

„Statt den Reichtum einer Gesellschaft nur in Gütern und Einkommens- und Vermögensverhältnissen abzubilden, erhebt der Capabilities Approach den Anspruch, den Wohlstand einer Nation und jeden einzelnen Bürgers multidimensional zu erfassen, indem er als normativen Referenzpunkt die je konkreten individuellen Handlungs- und Gestaltungsspielräume des einzelnen Bürgers in den Mittelpunkt rückt.“ (ebd., S. 301f.).

Mithilfe des CA soll es gelingen, die Teilhabechancen von Menschen begrifflich und empirisch genauer zu erfassen. Auch wenn der CA bereits in einigen Bereichen Anwendung fand, wie zur Erstellung des Gleichstellungsberichtes des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)* 2011, so sind innerhalb der psychiatrischen Versorgung nur vereinzelt Bezüge zu dem Ansatz zu finden (vgl. ebd., S. 300f.).

„Instruktiv für den Capabilities Approach und somit auch für die Sozialpsychiatrie ist die Unterscheidung zwischen *Capabilities* und *Functionings*. Während *Capabilities* die tatsächliche Möglichkeit darstellen, meint der Begriff *Functionings* die nach eigener Präferenz von den Subjekten in verschiedene konkrete Tätigkeiten transformierten Optionen.“ (ebd., S. 302).

Während sich *Capabilities* also nach den Fähigkeiten bzw. Verwirklichungschancen der einzelnen Person richten, die sie aufbringen kann, meinen *Functionings* Zustände oder Taten, die dem Resultat von oder aufgrund der Verwirklichung der Fähigkeiten der Person entspringen. Damit die *Capabilities* im vollen individuellen Umfang ausgeprägt sind, müssen die jeweiligen Kompetenzen und Ressourcen der betreffenden Person, stets unter der Berücksichtigung des sozialstrukturellen Kontexts so transformiert werden, dass die Individuen ihre maximale Entscheidungsbasis erleben um ihre Vorstellungen eines *guten Lebens* verwirklichen zu können (vgl. ebd., S. 302f.; vgl. Speck, A. 2018a, S. 18). Ihre Ressourcen sind dann wertvoll, wenn es den Betroffenen gelingt, diese für ein für sie gelingendes Leben einzusetzen oder möglicherweise umzuformen. Dementsprechend ist es die Aufgabe sozialpsychiatrischer Versorgung, dafür zu sorgen, dass den Betroffenen ermöglicht wird, ihre individuellen Freiheiten umzusetzen (vgl. Speck, A. 2018a, S. 31). Amartya Sen unterscheidet Faktoren, die Einfluss auf die reale Teilhabe von Menschen haben. Diese sind zum einen die individuellen, die finanzielle, aber auch die immateriellen Potenziale, die bspw. Gesundheit einschließen und gesellschaftliche Potenziale, die

aufgegliedert werden können in soziale und ökonomische, politische und kulturelle Potenziale, sowie in sozialen und ökologischen Schutz (vgl. Speck, A. 2018a, S. 17f.).

Chronisch psychisch erkrankte Menschen sind in ihren Entscheidungsmöglichkeiten eingeschränkt. Ursache dafür kann die Erkrankung mit ihren dazugehörigen Symptomen sein, wobei auch zu betrachten ist, dass die chronifizierte Krankheit als Prozess von ungünstigen sozialstrukturellen Bedingungen (wie z.B. Punkt 4.2.1 *erlernte Hilflosigkeit*) entstanden sein kann. Von Bedeutung für chronisch psychisch erkrankte Menschen ist vor allem, inwieweit sich ihre Wahlmöglichkeiten und Lebenslage, beeinflusst durch ihre psychische Erkrankung sowie ihr soziales Umfeld, auf ihre gesellschaftliche Teilhabe auswirken. Dementsprechend ist es von großer Bedeutung, die internen und sozialen Ressourcen der Betroffenen zu stärken und sie so zu transformieren, dass sie Teilhabe erleben (vgl. Röh, D. et al. 2017, S. 303f.).

Durch seine wohlfahrtsorientierte Ausrichtung (auf das *gute Leben*) stellt der CA, vor allem gegenüber ökonomischen Theorien, eine Alternative dar. Dieser auch philosophisch ausdifferenzierte Ansatz entwickelt sich stetig weiter (vgl. ebd., S. 306).

„[...] Der Capabilities Approach bindet Gerechtigkeit und das gute Leben eng zusammen, indem er auch die innere Spannung dieses Verhältnisses entscheidend thematisiert: Ein gutes Leben ist zwar erstrebens- und wünschenswert, es muss jedoch mit grundsätzlicher Gerechtigkeit (als Achtung vor der menschlichen Freiheit) und der Fähigkeit, ein gutes Leben führen zu können, einhergehen.“ (ebd.).

Im Zusammenhang mit chronisch psychisch erkrankten Menschen kommt es zu großen Einschränkungen bzgl. ihrer Handlungs- und Willensfreiheit von bspw. Lebenszielen. Sie neigen dazu, ihre Lebensziele daran zu orientieren, was sie noch erreichen können. Diese Einstellung wird vor allem durch deprivierende Strukturen oder erlernte Hilflosigkeit begünstigt. Eine Möglichkeit dagegen zu wirken ist der *Empowerment-Ansatz* (siehe Punkt 5.3). Aus diesem Grund sollten auch die normativen Bestimmungen, denen die Teilhabechancen der Betroffenen unterliegen, beachtet werden. Um dies zu ermöglichen schlägt Martha Nussbaum dem Staat zehn zentrale Verwirklichungschancen vor, für deren Präsenz dieser die Verantwortung trägt. Fürsorge, solange sie nicht übergriffig ist, ist nach Nussbaums Ansicht ein Gerechtigkeitsanspruch (vgl. Röh, D. et al. S. 306 ff.).

Der CA ist vor allem für die Zielgruppe schwer psychisch kranker Menschen von großer Bedeutung, da gewisse Mindeststandards innerhalb der Angebote zur Unterstützung beachtet werden. Von besonderem Wert sind hierbei die individuellen Freiheiten auf den Ebenen der Entscheidung und der Handlung. Diese sollen hospitalisierende Ansätze vermeiden (vgl. ebd., S. 311f.). Eine zufriedenstellende Teilhabe wird also nur dann gewährleistet, wenn Betroffene in ihren Strategien zur Bewältigung von Krisen sowie in ihren

alltäglichen strukturellen Entscheidungsmöglichkeiten so gestärkt werden, dass sie über ihre Handlungsspielräume selbst verfügen können (vgl. Speck, A. 2018a, S. 20f.). Im Vordergrund der sozialpsychiatrischen Praxis sollte in diesem Zusammenhang die Begleitung der Betroffenen bzgl. ihrer subjektiven Bewältigungs- und Transformationsprozesse stehen (vgl. ebd., S. 32).

3.5 BAESCAP STUDIE

Die *BAESCAP-Studie (Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities-Approachs und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen)* wurde im Zeitraum von 2015 bis 2017 von Ingmar Steinhart, Andreas Speck, Anja Höptner und Marcel Daum durchgeführt. Die Studie befragte Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Leistungen im Sinne der Eingliederungshilfe (§53 SGB XII), die von einer schweren psychischen Erkrankung nach §2 SGB IX in Bezug auf ihre Lebenssituation betroffen oder von ihr bedroht sind. Ziel war es, die Teilhabechancen und –risiken von Menschen ab 18 Jahren mit chronischen psychischen Erkrankungen detailliert darzustellen. Der Capabilities Approach diente dabei als theoretische Grundlage. Durchgeführt wurde diese Befragung innerhalb von Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Baden-Württemberg und einigen Abschnitten von Westfalen (vgl. Speck, A. et al., 2017b, S. 21; Höptner, A./Daum, M. 2018, S. 47).

Zur Auswertung wurden von 1897 Menschen ausgefüllte Fragebögen herangezogen. Die Themenblöcke des Fragebogens umfassten folgende Aspekte: „Zur Person [...]; Capabilities und Diskriminierung [...]; Gesundheit [...]; Bildung und Ausbildung [...]; Arbeit und Beschäftigung [...]; Wohnsituation [...]; Freizeit [...]; Soziale Beziehungen [...]; Sicherheitsgefühl [...] [sowie] Meinungen und Einstellungen.“ (Höptner, A./Daum, M. 2018, S. 44ff.). Aufgrund einer Rücklaufquote von 31% war es möglich, 1% aller in Deutschland lebenden Bezieher*innen der Eingliederungshilfe zu berücksichtigen. Die angegebenen Krankheitsbilder der Befragten sind vielfältig, wiesen aber vermehrt Depressionen oder bipolare Störungen (44%) sowie schizophrene Psychosen auf (31%) (vgl. ebd., S. 50f.).

Die Teilnehmer*innen wurden in vier Kategorien bzgl. ihrer Betreuungsintensität untergliedert: „[...] niedriger Umfang (= nur ambulant betreutes Wohnen – im Folgenden mit „ABW“ abgekürzt; mittlerer Umfang (= Tagesstätte oder Werkstatt für behinderte Menschen – im Folgenden mit „TS/WfbM“ abgekürzt); hoher Umfang (= ambulant betreutes Wohnen plus Tagesstätte oder Werkstatt für behinderte Menschen – im Folgenden mit „ABWplus“ abgekürzt) und sehr hoher Umfang (= Wohnen im Heim – im Folgenden kurz „Heim“).“ (Höptner, A. 2018, S. 66).

Um die Capabilities der Befragten zu messen, entschied man sich für die Anwendung der deutschen Version des *Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health (OxCAP-MH)* – Originalfassung siehe Anhang 1 (vgl. Höptner, A./Daum, M. 2018, S. 42).

Aus der Studie ergibt sich, dass es bestimmte Bereiche gibt, die mit wesentlichen Bestimmungen des BTHG übereinstimmen: Beratung, Gesundheit, Bildung, Arbeit, sowie unterstütztes Wohnen. In Bezug auf Beratung soll es laut BTHG eine*n Berater*in pro 100.000 Einwohner geben, die eine flächendeckende, ergänzende Teilhabeberatung durchführt. Innerhalb der Studie zeigte sich, dass sich 80% der Betroffenen wünschen würden, eine qualifizierte Beratung und Begleitung durch Psychatrieerfahrene ermöglicht zu bekommen. Ebenso 80% berichteten jedoch davon, bisher nicht die Möglichkeit eines solchen Austausches bekommen zu haben. Vom BTHG wäre deshalb zu fordern, dass sie eine solche Beratung ermöglichen würden, bspw. indem qualifizierte Psychatrieerfahrene in diesen Beratungsstellen vorzufinden wären (vgl. Speck, A. et al. 2017a, S. 14). Die Befragten, die bereits die Gelegenheit hatten, mit einem*einer Genesungsbegleiter*in zu sprechen, waren zu 96% der Ansicht, dass dieses Angebot wichtig ist (vgl. Höptner, A./Daum, M. 2018, S. 64). In Bezug auf Bildung und Arbeit sehen Speck et al. (2017a, S. 15) die größte Baustelle der Eingliederungshilfe. „60 Prozent der Eingliederungshilfeempfänger haben keinen Berufsabschluss und nur 40 % der Befragten gaben an, einer regulären Arbeit oder einer geschützten Beschäftigung inkl. WfBM nachzugehen.“ (Speck, A. et al. 2017a, S. 15). Im BTHG ist ein Budget für Arbeit vorgesehen, welches auch die Möglichkeit der Zulassung von Alternativen zur WfBM ermöglichen soll. Damit es zur Besserung der Beschäftigung kommen kann, müssen gezielte Angebote entwickelt werden, wie z.B. die Verfügbarkeit/Einrichtung eines Bildungskoaches (vgl. ebd., S. 15). Höptner und Daum (2018, S. 60f.) sehen einen Zusammenhang zwischen dem Ersterkrankungsalter, welches bei 46% der Befragten bereits vor dem 21. Lebensjahr lag, und den wenig erfolgreichen schulischen oder beruflichen Werdegängen.

Betrachtet man den Bereich des Wohnens, so geht es im neuen BTHG vor allem darum, dass Betroffene in der Wahl ihrer Wohnformen mehr Mitspracherecht zugesprochen bekommen. Stationäre Heime würden die betroffenen Personen innerhalb ihrer Selbstbestimmung und somit auch ihrer gesellschaftlichen Teilhabe einschränken. So wurde mithilfe der Studie offengelegt, dass rund 45% der Befragten, die in stationären Heimen wohnen, keine freie Wahl bezüglich ihrer Wohnform hatten. Im Gegensatz zu Betroffenen, die ambulante Hilfsangebote nutzen. Dort bezieht sich die Zahl auf 65% (vgl. Speck, A. et al. 2017a, S. 15). Betrachtet man die Selbstbestimmung bzgl. der Alltagsgestaltung zeigt sich, dass diese nur 39% der Heimbewohner*innen zu Gute kommt, während es bei den Bewohner*innen des ambulant betreuten Wohnens 69% sind. Demnach haben Nutzer*innen von ambulanten Leistungen eher das Gefühl, selbstbestimmt zu leben, als Nutzer*innen stationärer Leistungen (vgl. Höptner, A. 2018, S. 78). Wenn man die soziale Einbindung der Befragten betrachtet, zeigt sich, dass diejenigen, die Heime bewohnen, sich weniger einsam und stigmatisiert fühlen, als Befragte, die ambulante Hilfen in Anspruch nehmen (vgl. Speck,

A. et al. 2017a, S. 15). Da Heime in gewissermaßen auch Schutzräume für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen, ist die subjektiv erlebte Stigmatisierung bei Bewohner*innen gering. Nutzer*innen ambulanter Leistungen hingegen erleben das höchste Ausmaß von Stigmatisierungen (vgl. Speck, A. et al., 2017b, S. 22). Betrachtet man die *Stigma-Erfahrungs-Skala (SES)*, die während der Studie genutzt wurde, so wird deutlich, dass 70,9% bis 76,5% der Befragten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Stigmatisierungen durch andere Personen erwarten. Durchschnittlich 52% berichten davon, bereits Stigmaerfahrungen im Alltag gemacht zu haben (siehe Abb. 2). Befragte, die eine gute soziale Unterstützung haben, nahmen diese Erfahrungen weniger stark wahr (vgl. Speck, A. 2018b, S. 105ff.). „Je mehr Stigmaerfahrungen vorliegen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die eigene Gesundheit, die Wohnsituation, die Freizeit, die berufliche Situation sowie der aktuelle Lebensstandard eher kritisch bewertet werden.“ (Speck, A. 2018b, S. 107).

TABELLE 1 Zustimmung zu Stigmaerwartung (Item 1 & 2) und Stigmaerfahrung (Items 3–9)

Item	n	Durch Stigma beeinträchtigt (Zustimmung)
1 Glauben Sie, dass die Leute weniger von Ihnen halten, wenn sie wissen, dass Sie eine psychische Erkrankung haben?	1798	70,9%
2 Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Angst vor jemandem haben, der unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet?	1791	76,5%
3 Hat Sie schon einmal jemand gehänselt, schikaniert oder belästigt, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?	1788	38,3%
4 Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie unfair behandelt wurden oder man Ihnen Ihre Rechte verweigert hat, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?	1792	49,9%
5 Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Genesung beeinträchtigt?	1742	49,2%
6 Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen dazu geführt, dass Sie weniger an sich oder Ihre Fähigkeiten glauben?	1763	58,8%
7 Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten?	1774	57,3%
8 Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, den Kontakt zu Ihrer Familie zu pflegen?	1766	46,5%
9 Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität beeinträchtigt?	1775	62,1%

Abb. 2: Speck, A. 2018b, S. 105

Betrachtet man die gesundheitliche Versorgung wird deutlich, dass Befragte, die in Heimen wohnen, einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung erleben als Befragte, die in einer eigenen Wohnung leben (vgl. Höptner, A. 2018, S. 72f.). Die Studie brachte im Punkt der Freizeitgestaltung hervor, dass 18,5% der Befragten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, keinerlei Besuche von Freunden oder Bekannten bekommen (vgl. ebd., S. 79). Besonders hervorzuheben ist, dass Bewohner*innen im Heimsetting deutlich weniger oft ihre Familienangehörigen sehen, als die Befragten aus den anderen Kategorien. Auch im Punkt der digitalen Teilhabe sticht heraus, dass nur 13% der Bewohner*innen von Heimen täglich über Internetzugang verfügen, während die Zahl der Nutzer*innen von ambulanten Leistungen bei 45% liegt. Zwei Drittel der im Heim lebenden Befragten gaben an, keinen Internetzugang zu haben. Ähnliches zeichnet sich bei der täglichen Nutzung von Fernsehen ab (Heimbewohner*innen: 66%; Nutzer*innen ambulanter Leistungen: 72%) (vgl. Speck, A. et al., 2017b, S. 22; Höptner, A./Daum, M. 2018, S. 61ff.). Dennoch gaben Befragte der Studie an, dass sie innerhalb stationärer Heime grundsätzlich zufriedener sein, als Befragte, die nicht in Heimen leben (vgl. Speck, A. et al. 2017a, S. 15). Sie empfinden bspw. mehr soziale Unterstützung, als Bezieher*innen ambulanter Leistungen. Dies liegt vor allem daran, dass stets jemand vor Ort ist, von dem die Betroffenen ein offenes Ohr geschenkt bekommen (vgl. Speck, A. et al., 2017b, S. 21).

Als Fazit ziehen Speck et al. (2017b, S. 22) aus der Studie, dass vor allem die niedrigschwelligen Gespräche mit anderen Bewohner*innen oder professionellen Helfer*innen innerhalb stationärer Heime von den Bewohner*innen sehr geschätzt werden. „Auch die höhere Zufriedenheit mit Freizeit, Gesundheit und Arbeitssituation bei gleichzeitig verbessertem Zugang zu Gesundheitsleistungen sind Vorteile des Lebens in einer Heimsituation.“ (Speck, A. et al., 2017b, S. 23). Dass Stigmatisierungen von Heimbewohner*innen nur gering erlebt werden, ist ein weiterer positiver Aspekt dieser Wohnform. Stark zu kritisieren ist jedoch, dass diese, im Vergleich zu Nutzer*innen von ambulanten Angeboten, wenig Selbstbestimmung ausüben und ihren Alltag eher nicht selbst gestalten können. Vor allem weil das Wohnen in der eigenen Wohnung im Sinne der UN-BRK ist, sollte dem Ausbau von adäquaten Unterstützungsmöglichkeiten (wie professionelle Beratung) im ambulanten Setting mehr Beachtung geschenkt werden (vgl. ebd.). „Die entsprechenden sozialraumorientierten Konzepte sind verfügbar, werden bisher von der Eingliederungshilfe nur sehr bedingt refinanziert, bieten aber die Möglichkeiten, selbstbestimmte Heimalternativen im Quartier zu schaffen.“ (ebd.). Es geht also weniger darum, stationäre Heime auszuweiten, als darum, die Qualität ambulanter Hilfeleistungen zu verbessern. Alternativen zur stationären Heimunterbringung seien, nach Speck et al. (2017a, S. 15), dringend erforderlich. Auch wenn das Bundesteilhabegesetz in diesem Punkt zu kurz greift, könnte es mithilfe der Leistungsanbieter und –träger solche sozialraumorientierten

Konzepte umsetzen. Die Prävention von Stigmatisierungen müsste dabei beachtet werden (vgl. Speck, A. et al., 2017b, S. 23). Grundsätzlich zeigte sich, dass es zur Verbesserung der Umstände schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland kommen muss, da diese von einem zufriedenstellenden Leben noch weit entfernt sind (vgl. Steinhart, I. 2018b, S. 144).

Inzwischen liegt bereits eine Replikation dieser Studie vor. Diese wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der TH Nürnberg durchgeführt. Als Erhebungsinstrument entschied man sich für den Fragebogen, der im Rahmen der *BAESCAP-Studie* vorlag und wandelte diesen allerdings so ab, dass nur Fragen genutzt wurden, die für die Auswertung der Ergebnisse von Bedeutung waren. Befragte dieser Replikation stammen alle aus Einrichtungen des *Erthal-Sozialwerkes* in Würzburg, da dieser Träger alle Umfänge der Leistungen (niedrig, mittel, hoch, sehr hoch) anbietet. Des Weiteren liegt dieser Ort in einem Bundesland, welches von der *BAESCAP-Studie* nicht herangezogen wurde. Die Rücklaufquote der Replikation beträgt 48% (217 von 455 Fragebögen) (vgl. Heim, L./Walther, C. 2020, S. 45).

„In der Verteilung der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen unterschieden sich beide Stichproben. In der Replikation war der hohe (28,2% vs. 26,3%) und der mittlere Leistungsumfang (47% vs. 12,7%) häufiger und der niedrige (11,6% vs. 38,2%) und sehr hohe Umfang (13,3% vs. 22,8%) seltener vertreten.“ (ebd.).

In der Replikation zeigte sich, dass sich im Bereich der Teilhabechancen schwer psychisch erkrankter Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung die Tendenz der *BAESCAP-Studie* (trotz kleinerer Unterschiede) wiedergab. Auffällig war jedoch, dass hier mehr Menschen einer geschützten Beschäftigung innerhalb einer WfbM nachgehen, was jedoch damit zusammenhängt, dass eine solche Werkstatt über die Trägerschaft des *Erthal-Sozialwerkes* läuft (vgl. ebd.).

Im Bereich Wohnen wurde in der Replikation, wie auch in der *BAESCAP-Studie*, deutlich, dass die Betroffenen, die Leistungen des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, angaben, dass ihr Gesundheitszustand am schlechtesten sei. Betrachtet man den Aspekt der medizinischen Versorgung, so wird gegensätzlich zur *BAESCAP-Studie* in der Replikation deutlich, dass Heimbewohner*innen sich am schlechtestes versorgt fühlen. Die beste medizinische Versorgung erleben hier Befragte mit einem mittleren Leistungsumfang (TS/WfbM). Im Hinblick auf die soziale und emotionale Unterstützung zeigten sich in der Replikation ebenfalls Unterschiede zur *BAESCAP-Studie*. Hier fühlten sich die Menschen, die Leistungen des ABW in Anspruch nehmen am besten unterstützt, während höhere Leistungsumfänge schlechter abschnitten. Dass vor allem befragte Nutzer*innen ambulanter Leistungsformen in ihrer Wohnform-Wahl uneingeschränkt sind (Replikation: 66-76%; *BAESCAP-Studie*: 80%), wirkt sich auch auf ihre Verwirklichungschancen aus, die im

Vergleich zu anderen Befragten höher sind. In beiden Auswertungen zeigt sich, dass besonders Nutzer*innen von Heimen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt sind. Am wenigsten von der Gesellschaft respektiert fühlten sich, sowohl in der *BAESCAP-Studie*, als auch in der Replikation dieser, die Menschen, die einen niedrigen Leistungsumfang (ABW) nutzen. Die in der *BAESCAP-Studie* sich am meisten von der Gesellschaft respektiert gefühlten Heimbewohner*innen lagen in der Replikation hinter den Leistungsumfängen der TS/WfbM und ABW+. In Hinsicht auf die Freizeit der Befragten zeigte sich in der Replikation ein Unterschied zur *BAESCAP-Studie*. Heimbewohner*innen gaben hier an, am häufigsten von Familienangehörigen oder Freunden besucht zu werden. Da diese Unterschiede allerdings nicht signifikant sind, sind die Ergebnisse der BAESCAP-Studie nicht widerlegbar. Betrachtet man die Zufriedenheit der Befragten bezüglich Gesundheit, Freizeit, Lebensstandard und beruflicher Situation so wird deutlich, dass Nutzer*innen des ABW sowohl in der *BAESCAP-Studie* als auch in der Replikation am unzufriedensten sind (vgl. Heim, L./Walther, C. 2020, S. 46). „Heimbewohner*innen waren am zufriedensten, wenn es um Gesundheit, Freizeit und Lebensstandard geht.“ (ebd.). In den Aspekten, die den Beruf einschließen, wurde in beiden Auswertungen deutlich, dass die meisten Befragten keiner regulären Beschäftigung nachgehen. Kontakt zu Genesungsbegleiter*innen hatten in beiden Auswertungen mit rund 20% sehr wenig Befragte. Bezüglich der Gesundheit zeigte sich, dass in beiden Studien vermehrt mehrere psychiatrische Diagnosen angegeben wurden (Replikation: 30,3%; *BAESCAP*: 57,5%). Betrachtet man dabei die Zufriedenheit der Befragten in anderen Bereichen, wurde in beiden Stichproben deutlich, dass je mehr somatische Erkrankungen dazu kamen, sie weniger zufrieden waren. Ebenso kam bei beiden Auswertungen zum Vorschein, dass Befragte mit mehr als zwei somatischen Diagnosen vermehrt von Erfahrungen mit Stigmatisierungen berichten und ihre Teilhabechancen im Sinne des Capabilities Approach als gering betrachten. Die Stigmatisierungserfahrungen der Befragten unterscheiden sich nicht signifikant (Replikation: 51,7%; *BAESCAP-Studie*: 56,6%) (vgl. ebd., S. 46f.). „Je mehr Stigmaerfahrungen vorliegen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheit, Wohnsituation, Freizeit, berufliche Situation und Lebensstandard eher kritisch bewertet werden.“ (ebd., S. 48). In Bezug auf die Verwirklichungschancen im Sinne des Capabilities Approach wurde ein Unterschied innerhalb der Replikation zur *BAESCAP-Studie* verzeichnet, der jedoch kein signifikantes Niveau erreichte. Während die Verwirklichungschancen der Befragten mit Zunahme des Leistungsumfanges ebenfalls zunahmen, so hatten die Befragten des mittleren Leistungsumfanges TS/WfbM in der Replikation die besten Werte. Die Replikation bestätigte den in der *BAESCAP-Studie* festgestellten Kontext (vgl. ebd., S. 48). „Ist ein gutes soziales Netz vorhanden, werden wenige Stigmatisierungserfahrungen angegeben und ist die gesundheitliche Einschränkung in letzter Zeit verhältnismäßig gering, dann werden die

individuellen Entscheidungsspielräume – die Teilhabechancen – eher höher eingeschätzt.“ (vgl. Heim, L./Walther, C. 2020, S. 48).

Es zeigte sich, dass die Replikation der *BAESCAP-Studie* die Teilhabebeschränkungen der Befragten tendenziell bestätigen konnte. In der Replikation zeigte sich, dass die Form des ABW+ durchaus Möglichkeiten einer zufriedenstellenden sozialen und emotionalen Unterstützung bieten kann. Diese Unterstützung ist ungeachtet der Leistungsform zu fördern, denn aus ihr resultieren die besten Verwirklichungschancen. Um die Selbstbestimmung der Betroffenen weiterhin zu fördern, ist ein personenzentrierter Ansatz innerhalb der Maßnahmen von großer Bedeutung. Sowohl in der *BAESCAP-Studie* als auch in der Replikation wurde deutlich, dass die Verwirklichungschancen der Befragten von unterschiedlichen Aspekten abhängig sind: emotional soziale Unterstützung, Stigmaerfahrungen und die erlebte gesundheitliche Beeinträchtigung stellen dabei einen guten Vorhersagewert dar. Um berufliche Chancen für die Betroffenen zu verbessern (in dessen Bereich ein Zusammenhang mit früher psychischer Erkrankung gezogen wurde), ist es nötig, bereits früh zu intervenieren. Mögliche Auswege aus der Eingliederungshilfe stellt das BTHG mittels des *Budgets für Arbeit* und *andere Leistungsanbieter* als Alternative zur WfbM zur Verfügung. Ebenfalls könnte die Ausbildung zu Genesungsbegleiter*innen (*EX-IN*) durch die Eingliederungshilfe als Rehamaßnahme genutzt und Betroffenen somit neue berufliche Chancen geboten werden. Entsprechende Einstellungen solcher Begleiter*innen in Psychiatrien werden von dem Bundesausschuss diskutiert. Da Stigmaerfahrungen sich auf viele Bereiche der Betroffenen negativ auswirken, ist der Fokus auf die Bekämpfung von Stigmatisierungen zu legen (vgl. ebd., S. 49).

3.6 S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ als Orientierung

Die „S3-Leitlinien - Psychosoziale Therapien bei schweren Erkrankungen“ wurden von der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)* herausgegeben. Seit 2018 liegt eine zweite überarbeitete Ausgabe vor. Sie dient als Ergänzung der bereits durch die ebenfalls von der DGPPN herausgegebenen S3-Leitlinien für Psychiatrie und Psychotherapie und orientiert sich an den festgelegten Regularien der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)* bzgl. S3-Leitlinien (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 45ff.).

Mithilfe dieser Leitlinie soll eine angemessene Behandlung der vorgegebenen Zielgruppe in bestimmten Krankheitssituationen erleichtern. Sie ist diagnoseübergreifend und richtet sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie in *Punkt 2.1* beschrieben.

„Für die [...] Leitlinie wurde nach folgenden Erkrankungen im Sinne medizinischer Diagnosen recherchiert: Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F 20–F 22, F 25), Schwere affektive Störungen: Manien (ICD-10: F 30), bipolar-affektive Störungen (ICD-10: F 31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F 32.2–F 32.3 und F 33), Schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F 60–F 61), Schwere Angststörungen (ICD-10: F 41), Schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)“ (DGPPN 2018a, S. 8).

Die Leitlinie äußert Anregungen für psychosoziale Interventionen, wie bspw. Psychoedukation oder Training sozialer Fertigkeiten (vgl. ebd., S. 4; S. 9). Diese Interventionen haben das Ziel, die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen und ihr selbstbestimmtes Leben in ihrem sozialen Umfeld zu verbessern. Im Blick sind dabei stets die individuellen Möglichkeiten, die die Betroffenen aufweisen können (vgl. ebd., S. 4). „Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die Reintegration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden.“ (ebd.). Die Qualität der Behandlung sowie der Versorgung der Betroffenen soll mithilfe dieser Leitlinie verbessert werden. Empfehlungen für psychotherapeutische Verfahren (ausgenommen körperpsychotherapeutische und kunsttherapeutische) und medikamentöse Behandlungen werden nicht ausgesprochen (vgl. ebd., S. 4f.).

Grundlegende Aspekte des Handelns innerhalb psychiatrischer oder psychosozialer Einrichtungen, wie z.B. Krankhäuser oder Tagesstätten, bilden gemeinsam mit der Umgebungsgestaltung Betroffener sowie des sozialen Miteinanders einen Schwerpunkt dieser Leitlinie. Systeminterventionen, die die Versorgungsangebote organisieren und gestalten, bilden einen weiteren Schwerpunkt (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 46). „Es handelt sich um meist komplexe Interventionen wie z.B. gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Behandlungen, das Casemanagement oder Ansätze der Arbeitsrehabilitation.“ (ebd.). Auch verschiedene Möglichkeiten der Einzelintervention sowie Konzepte der Selbsthilfe finden in dieser Leitlinie Beachtung (vgl. ebd.). Die Leitlinie gibt Grundlagen psychosozialer Interventionen vor, die sich an Konzepten des *Recovery* (siehe *Punkt 5.1*) und *Empowerments* (siehe *Punkt 5.3*) orientieren (vgl. DGPPN 2018a, S. 36). Eine besondere Bedeutung wird dem Austausch mit Psychiatrieerfahrenen zugeschrieben. Innerhalb der Leitlinie wird deutlich, dass vor allem die gemeindepsychiatrische Behandlung durch ein multiprofessionelles Team positive Auswirkungen auf die Betroffenen und ihre Angehörigen hat. So verkürzen sich durch diese die Behandlungszeiträume und –abbrüche innerhalb stationärer Einrichtungen und es kommt zu einer Verbesserung der Behandlungszufriedenheit. (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 46ff.).

Die Leitlinie ist evidenz- (v.a. auf Evidenz aus Studien des angloamerikanischen Raumes) und konsensbasiert und dient in psychosozialen Arbeitsfeldern Tätigen als

Entscheidungshilfe um wirksame Interventionen auszuwählen, dessen Umsetzung innerhalb des deutschen Versorgungssystems möglich ist. Informationen für Erkrankte und Angehörige finden sich in einer gesondert ausgearbeiteten Leitlinie (vgl. DGPPN 2018a, S. 4; Gühne, U. et al. 2017, S. 46).

4 Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen, die chronische psychische Erkrankungen begünstigen

Einige Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen (z.B. Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) können dazu beitragen, chronische psychische Erkrankungen bei Betroffenen zu begünstigen. Eine Garantie, dass es aufgrund dieser Verhaltensweisen zur Chronifizierung der psychischen Erkrankung der Betroffenen kommt, ist nicht gegeben. Eine dieser Verhaltensweisen wäre die defizitorientierte Sichtweise mancher professionellen Helfer*innen in Hinblick auf die psychischen Krankheiten von Betroffenen. Diese kann dazu führen, dass sie die Fähigkeiten ihres Gegenübers nicht adäquat wahrnehmen, würdigen und fördern (vgl. Lenz, A. 2002, S. 35). Des Weiteren neigen professionelle Helfer*innen teilweise dazu, pessimistische Betrachtungen bspw. in Bezug auf die Auswirkungen psychischer Krankheiten aufrecht zu erhalten. Dies liegt vor allem daran, dass Enttäuschungen aufgrund falsch gemachter Hoffnungen vermieden werden sollen. Außerdem können negative Äußerungen, vor allem wenn Betroffene mit Medikamenten behandelt werden, dazu beitragen, dass die Medikation weiterhin fortgesetzt und nicht mit Aussicht auf baldige Genesung abgesetzt wird. Dies kann bei Betroffenen zur Entwicklung von Ängsten führen, sodass diese ihre Krankheit verleugnen, sie eine resignierende Haltung einnehmen oder keine Compliance mehr aufweisen (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 145). Amering und Schmolke sind der Ansicht, dass eine defizitorientierte Sichtweise eines Professionellen (z.B. Arzt*Ärztin) auf eine schwere Diagnose und einer damit negativ ausgelegten Prognose für den*die Betroffene*n insgesamt zu einer Verschlechterung der Gesundheit beitragen können. Wichtig ist, solche Prognosen nicht zu stellen, denn psychische Erkrankungen verlaufen individuell (vgl. ebd., S. 12). Da die Psychiatrie derzeit durch ein reduktionistisches Krankheitsverständnis geprägt ist, bedeutet dies für psychisch erkrankte Menschen, dass psychosoziale Angebote im Zusammenhang mit der Behandlung wenig ausgeprägt bis gar nicht vorhanden sind. Ausrichtungen, die sich an den Ansätzen von *Recovery* oder *Empowerment* orientierten, sind rar. Aufgrund dessen werden Stigmatisierungen gefördert und das Handeln von professionellen Helfer*innen widerspricht sich mit den Anforderungen der UN-BRK (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2014, S. 4f.). Teilweise kann es auch dazu kommen, dass Helfer*innen, nach erfolglosen Versuchen Betroffenen zu helfen, einen Ärger ihnen gegenüber entwickeln. Sie geben den Betroffenen die Schuld und verhalten sich ihnen gegenüber abwertend. Aus der anfänglichen

Euphorie entwickelt sich die Ansicht, dass die Betroffenen die Hilfe nicht zu schätzen wissen würden und einen gewissen Zeitraum ohne jegliche Hilfsangebote auskommen müssen, damit sie diese wieder anerkennen würden. Daraus folgt, dass einige professionelle Helfer*innen ihre Stelle aufgeben und bleibende Helfer*innen dazu neigen, unsensibel und hart den Betroffenen gegenüberzutreten. Kommt es zu einer solchen Machtausübung professioneller Helfer*innen gegenüber Betroffenen, so werden Abhängigkeiten erzeugt und erlernte Hilflosigkeit begünstigt (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 169f.).

Um mögliche Fehlverhaltensweisen von professionellen Helfer*innen aufzudecken, sollte es zur Evaluation, sowohl durch die Klient*innen, durch die Helfer*innen selbst oder durch Supervisor*innen kommen (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 530ff.). In Deutschland findet die Anwendung des *Berufsethos* statt, der durch den *Deutschen Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH)* ausgearbeitet (vgl. ebd., S. 167). Im Folgenden gehe ich differenzierter auf Stigmatisierungsformen sowie Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Helfer*innen und Betroffenen ein.

4.1 Stigmatisierung

Menschen, die psychisch erkrankt sind, erwarten von ihrer Umwelt, dass diese negativ auf sie reagiert (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 71). Sie erleben häufig Stigmatisierungen, die sie in ihrem Leben in verschiedensten Bereichen, wie z.B. bei der Berufswahl, beeinflussen. Diese Form von Stigmatisierung, bei der Nicht-Betroffene Betroffenen mit Zuschreibungen begegnen, wird als *öffentliche Stigmatisierung* bezeichnet. Stigmatisierungen können dazu führen, dass Betroffene die Vorurteile, die ihnen aufgrund ihrer Erkrankung entgegengebracht werden, akzeptieren und teilweise gegen sich selbst richten. Es kommt zur *Selbststigmatisierung*, die als Folge hat, dass das Selbstbewusstsein von den Betroffenen eingeschränkt oder sogar verloren wird (vgl. Rüschi, N./Berger, M. 2015, S. 807). *Strukturelle Stigmatisierungen* können Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenfalls entgegengebracht werden. Diese können bspw. durch „[...] Gesetzgebungen, Versicherungsbedingungen [und] Ressourcenverteilung [...] [entstehen]“ (ebd.).

Stigmatisierungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen treten vor allem aus dem Grund vermehrt auf, weil Betroffene für ihre Krankheit eher als verantwortlich gesehen werden, als körperlich Erkrankte. Dies erfolgt, je nach Krankheitsbild, in unterschiedlichen Abstufungen (vgl. ebd.). Außerdem kommt es zur Unterstellung, dass psychische Erkrankungen nicht heilbar wären und ihre Behandlung in Psychiatrien schlecht wäre. Zusätzlich dazu wird psychisch erkrankten Menschen häufig eine gewisse Gefährlichkeit zugeschrieben. Auch die Auffassung, dass psychisch erkrankte Menschen weniger kompetent wären, ist unter der Allgemeinbevölkerung vertreten (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 63, S. 71). „Die Sozialpsychologie unterscheidet zwischen verschiedenen

kognitiven, emotionalen und Verhaltensaspekten von Stigma: Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung“ (Rüsch, N./Berger, M. 2015, S. 823).

Öffentliche Stigmatisierung		Selbststigmatisierung	
Stereotypen:	Negative Meinungen über eine Gruppe, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit	Selbststereotypen:	Negative Meinung über sich selbst, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit
Vorurteile:	Zustimmung zum Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion (z. B. Ärger, Furcht)	Selbstvorurteile:	Zustimmung zum Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion (z. B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit)
Diskriminierung:	Verhaltensreaktion auf das Vorurteil (z. B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe, Vorenthalten von Hilfe)	Selbstdiskriminierung:	Verhaltensreaktion auf das Vorurteil (z. B. Arbeits- oder Wohnungssuche aufgeben)

Abb. 3: Rüsch, N./Berger, M. 2015, S. 808

Die verschiedenen Elemente (Stereotypen, Vorurteile, Diskriminierung; siehe Abb. 3) von Stigmatisierung können aufeinander aufbauen. Negative Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen können, sobald Verhaltenskonsequenzen folgen, zu Diskriminierungen werden. Deshalb kann es dazu kommen, dass ihnen möglicherweise Hilfen vorenthalten werden. Zur Diskriminierung kommt es dann, wenn Macht ausgeübt wird (vgl. ebd., S. 808).

Stigmatisierungen, die die Betroffenen gegen sich selbst richten, indem sie die Einstellungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychisch Erkrankten übernehmen (*Selbststigmatisierung*), können sich emotional insbesondere negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken, vor allem, wenn es aufgrund dessen zu Ausgrenzungen ihrerseits kommt. Auch ihr Verhalten kann dadurch negativ beeinflusst werden (vgl. ebd.; Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 72). Sie wirken sich ebenso negativ auf Ressourcen aus, die ihnen nachhaltig zur Genesung behelfen können (vgl. Pertus, G. 2017, S. 4).

„So wagen selbststigmatisierende Patienten oft auch nach ausgeheilter Erkrankung nicht, sich um Arbeit, eigenständige Wohnmöglichkeit, gesellschaftliche Kontakte oder Partnerschaften zu bemühen. Das Nichterreichen dieser Ziele liegt daher oft weniger an der psychischen Erkrankung selbst als an der Selbststigmatisierung“ (Rüsch, N./Berger, M. 2015, S. 808).

Das sozialpsychologische Modell der Selbststigmatisierung muss, in Bezug auf psychische Erkrankungen, drei Faktoren besonders beachten:

1. *Depressivität:* Das verringerte Selbstwertgefühl, welches aufgrund von Selbststigmatisierung auftreten kann, muss unterschieden werden von depressiven Symptomatiken.
2. *Krankheitseinsicht:* Je nach Verfassung des Betroffenen (z.B. manisch oder psychotisch), kann es zur fehlenden Krankheitseinsicht kommen.

3. *Soziale Wahrnehmung*: Je nach psychischer Erkrankung kann auch die eigene Wahrnehmung von stigmatisierenden Faktoren eingeschränkt sein. Dies ist bspw. bei Manien, Schizophrenie oder Demenz der Fall.

Betroffene neigen dazu, sich gegen Stigmatisierungen zu wehren, wenn sie die Vorurteile ihrer Krankheit gegenüber kennen und diese als unfair betrachten.

Strukturelle Stigmatisierung erleben psychisch erkrankte Menschen vor allem dann, wenn sie gegenüber somatisch erkrankten Menschen benachteiligt werden. Dies geschieht unter anderem innerhalb der Sozialgesetzgebung, des Gesundheitssystems oder der Verteilung von Ressourcen (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 808f.).

Obwohl das Wissen, dass psychische Erkrankungen biologisch bedingt sein können und Bereitschaft, sich aufgrund einer psychischen Erkrankung in professionelle Hilfe zu begeben, in den letzten Jahren zunahm, wurde die Häufigkeit von Stigmatisierung und der Wunsch nach sozialer Abgrenzung nicht weniger. In Bezug auf Schizophrenie-Erkrankte ist sogar ein Anstieg zu vernehmen (vgl. ebd., S. 808; DGPPN 2018b, S. 20; Pertus, G. 2017, S. 4). Bei Schizophrenie-Erkrankten erzeugt die Tatsache, dass es sich um eine neurologische Erkrankung handelt eher Angst und Betroffene werden als gefährlich gewertet. Depressiv erkrankten Menschen wird eher mit Mitleid begegnet, da diese Krankheit einem psychosozialen Ursprung unterliegt (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 66). Die Menschen sind eher bereit, an Depression erkrankten Personen zu helfen, als Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind. In Hinblick auf die soziale Distanz zeigte sich ein ähnliches Bild. Während Menschen mit Depressionen eher in der Gesellschaft geachtet werden, zeigt sich bei Menschen mit Schizophrenie eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zu einer Meinungsumfrage von Georg Schomerus und Matthias C. Angermeyer aus dem Jahre 1990. Sie lösen gegenüber Nichtbetroffenen Furcht aus und werden aufgrund ihrer Krankheit gemieden. Biologische Krankheitsverständnisse von Schizophrenie haben nicht, wie gewünscht, zur Entstigmatisierung geführt, sondern die Andersartigkeit der Betroffenen gegenüber der Gesellschaft eher verstärkt (vgl. Schomerus, G./Angermeyer, M.-C. 2015, S. 261ff.).

Wenn die Betroffenen negative Reaktionen ihres Umfeldes erwarten, neigen diese häufiger dazu, psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen nicht in Anspruch zu nehmen. Sie fürchten durch die Inanspruchnahme nicht mehr als Teil der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden, sondern als Teil einer psychisch kranken Minderheit. Eine Verringerung von Stigmatisierungen würde dazu beitragen, dass die Betroffenen entsprechende Hilfen annehmen (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 810; vgl. DGPPN 2018b, S. 20). Die Gefahr, dass ihre psychische Erkrankung chronifiziert, steigt (vgl. Speck, A. 2018b, S. 103).

„Insofern sind gerade bei Menschen mit chronischer Beeinträchtigung der Verlust einer Arbeitsperspektive, die soziale Isolierung und die Selbstzweifel z.B. weniger auf die Symptome einer Depression oder einer Schizophrenie zurückzuführen, als vielmehr auf die expliziten – aber auch impliziten! – Stigmatisierungsprozesse.“ (Speck, A. 2018b, S. 103).

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass psychosomatische Kliniken einen weniger schlechten Ruf haben, als psychiatrische Kliniken. Dies hat negative Auswirkungen auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, da diese weiterhin in den von der Öffentlichkeit stigmatisierend bezeichneten ‚Irrenanstalten‘ behandelt werden (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 810).

Angehörige sind ebenfalls von den Stigmatisierungen ihrer Familienmitglieder betroffen. Als Folge dessen können auch sie öffentlich stigmatisiert werden, indem ihnen bspw. die Schuld an der Erkrankung ihres Kindes zugeschrieben wird. Außerdem kann es dazu kommen, dass auch Angehörige sich selbststigmatisieren. Vermehrt ist wahrzunehmen, dass diese sich gegen die Stigmatisierungen, die ihren Angehörigen entgegengebracht werden, wehren (vgl. ebd.).

Die Ursachen für Stigmatisierungen psychisch erkrankten Menschen können ganz verschieden sein. Vor allem fehlende oder falsche Informationen, insbesondere durch die Medien oder auch die Einstellung, dass man selbst oder Verwandte nie an einer psychischen Erkrankung leiden könne, spielen eine große Rolle (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 63f.). Medienberichte stigmatisieren Menschen mit psychischen Erkrankungen dahingehend, dass sie hauptsächlich ihr negatives Auftreten, vor allem in Bezug auf Gewalt, benennen. Hierbei werden weitere Faktoren, die zu diesem Verhalten geführt haben können, ausgeklammert. Positive Krankheitsverläufe oder Genesungen sind in der Minderheit (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 810f.). „[Es kommt zu] Einseitigkeiten und Dämonisierungen psychischer Störungen [...]“ (Pertus, G. 2017, S. 4). Auch die Einnahme von Medikamenten und die möglicherweise dadurch verursachten Nebenwirkungen können zur Stigmatisierung von außen beitragen. Der schlechte Ruf von Psychopharmaka, denen z.B. nachgesagt wird, dass sie nicht wirkungsvoll wären und abhängig machen würden, trägt dazu bei. Die negativen Vorstellungen, die die Menschen mit der Psychiatrie und den praktizierenden Psychiater*innen verbinden, führen ggf. zur Stigmatisierung von Betroffenen, die sich dort in Behandlung begeben (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 62f.).

4.1.1 Bewältigung von Stigma

Bewältigungsversuche, um mit Stigmatisierungen zurecht zu kommen, können unterschiedlich ausfallen. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Betroffene mit Rückzug, der Geheimhaltung ihrer psychischen Erkrankung oder mit Vermeidung des Kontakts zu Menschen, die sie stigmatisieren könnten, reagieren. Dies führt jedoch vermehrt zur sozialen

Isolation, weshalb auch die Arbeitslosenzahl der Betroffenen steigt (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 809). Eine weitere Möglichkeit zum Umgang mit Stigmatisierungen liegt darin, dass Betroffene ihre Umwelt informieren.

„Mögliche Vorteile der Offenlegung sind gesteigerter Selbstwert, verringerte Belastung durch die Geheimhaltung der Erkrankung, ein vertrauensvolleres Verhältnis zu den Menschen, die nun Bescheid wissen, sowie Hilfsangebote durch andere. Das Vorgehen birgt jedoch auch das Risiko, auf Ablehnung und Unverständnis zu stoßen.“ (ebd.).

Eine weitere Möglichkeit der Bewältigung ist die Kompensation. Sie probieren sich in selbstsicherem Auftreten und Entschlossenheit. Aber auch *identity switching* kann eine Bewältigung von Stigma sein. Die Betroffenen stellen hierbei, je nach Situation, die zu beachtende Identität in den Vordergrund. So wird bspw. aus der an einer Schizophrenie erkrankten Verkäuferin im Gespräch mit Gärtner*innen eine Frau, die sich liebevoll um ihre Pflanzen kümmert. Coping-Modelle, die dazu beitragen sollen, negative Folgen von Stigmatisierungen zu vermeiden, werden in ihrem Prozess auf Dauer als entkräftend wahrgenommen (vgl. Ameringer, M./Schmolke, M. 2007, S. 81ff.).

Innerhalb therapeutischer Behandlungen sollten Stigmatisierungserfahrungen in jeglichen Ausführungen thematisiert werden, um eventuell auftretenden negativen Folgen entgegenzusteuern. Auch das soziale Umfeld sollte in diesem Klärungsprozess mit einbezogen werden. Kognitive Verfahren können dazu beitragen, dass negative Denkmuster, die sich aufgrund von Stigmatisierungen gebildet haben, abgeändert werden. Auch narrative Verfahren, die innerhalb der Erzählung der eignen Geschichte auf Stigma und Defizite verzichten, ermöglichen Betroffenen zu einer positiveren Einstellung führen. Ebenso kann die Offenlegung der psychischen Erkrankung thematisiert werden. Auch Rollenspiele innerhalb Gruppentherapien zeigen positive Wirkungen auf die Bewältigung von Stigmatisierungen. Fertigkeitstraining im Sinne von *Empowerment* spielt im Zusammenhang mit Selbststigmatisierung eine große Rolle, denn Betroffene, die selbstbestimmt handeln und ihre gesetzten Ziele erreichen, weisen ein weniger eingeschränktes Selbstwertgefühl auf. Positiv kann sich auch die Arbeit als Genesungsbegleiter, wie etwa innerhalb der *EX-IN Bewegung* auswirken. Dies ist jedoch bisher nicht belegt (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 811).

4.1.2 Bekämpfung von Stigmatisierung

„Grundsätzlich gibt es drei Hauptstrategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung: Protest, Edukation und Kontakt.“ (ebd., S. 811). Protest macht vor allem auf Stigmatisierungen innerhalb medialer Darstellungen aufmerksam. Die Wirksamkeit, wie sich diese Form von Protest auf die persönlichen Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen auswirkt, ist bisher nicht belegt. Edukative Projekte sind derzeit vor allem darauf ausgelegt,

die neurobiologischen Modelle von Krankheiten wie Schizophrenie aufzuzeigen. Dies hat den Vorteil, dass die Krankheit weniger als eigenverschuldet wahrgenommen wird. Auf der anderen Seite hat es zum Nachteil, dass Erkrankte dadurch weniger als ‚normal‘ betrachtet werden. Die Vermittlung eines biopsychosozialen Zusammenhangs erscheint als bedeutend. Der Kontakt zu Menschen, die psychisch erkrankt sind, zeigt ebenso positive Auswirkungen auf den Abbau von Vorurteilen. Grund dafür ist, dass Menschen eher dazu neigen, jemand zu verurteilen, wenn sie diese Person nicht persönlich kennen (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 811f.). Vor allem in Schulprojekten fand diese Aussage Bestätigung. Ein Projekt dieser Art ist bspw. *Irrsinnig Menschlich*, in dem es zum *Dialog* zwischen Schüler*innen (auch Arbeitgeber*innen und -nehmer*innen, Student*innen) Betroffenen und Angehörigen kommt (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 75f.). Als wirksamste Strategie bzgl. der Bekämpfung von Stigmatisierungen wird die Kombination von Kontakt und Edukation gesehen (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 812). Vor allem Dialog-Veranstaltungen scheinen Erfolg zu versprechen (vgl. Speck, A. 2018b, S. 109). Weil Stigmatisierungen in ihren unterschiedlichen Ausführungen verschiedene Verhaltensweisen und –mechanismen begünstigen können, die ebenfalls diskriminierend sein können, muss sich die gesamtgesellschaftliche Einstellung gegenüber diesen Zuschreibungen ändern, um sie nachhaltig zu verringern (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 812).

„Viele Anti-Stigma-Aktivitäten setzen deshalb inzwischen [...] zum einen auf direkten Kontakt zu Betroffenen und zum anderen auf zielgruppenorientierte Aktivitäten in einem definierten Zusammenhang, beispielsweise an Schulen oder in der Arbeit mit Polizisten.“ (Schomerus, G./Angermeyer, M.-C. 2015, S. 263).

Trotzdem ist zu sagen, dass die Betroffenen selbst bisher eher wenig von solchen Kampagnen profitiert haben. Auch organisatorische Veränderungen, Verbesserungen im rechtlichen Sinne und neue Angebote der Gemeindepsychiatrie haben nicht zur Abnahme von Stigmatisierungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen geführt. Besonders betroffen sind dabei an Schizophrenie Erkrankte (vgl. ebd., S. 263f.). Obwohl vor allem Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, Stigmatisierungen durch die Öffentlichkeit ausgesetzt sind, zeigte sich innerhalb der *BAESCAP-Studie* (siehe *Punkt 3.5*) dass vor allem Befragte, die von sich selbst angaben, an einer Depression erkrankt zu sein, vermehrt Stigmaerfahrungen machen (vgl. Speck, A. 2018b, S. 109).

4.1.3 Stigmatisierungen durch Helfer*innen

Auch professionelle Helfer*innen, die in diesem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich beschäftigt sind, zeigen teilweise stigmatisierende Verhaltensweisen (vgl. Rüscher, N./Berger, M. 2015, S. 808). So gehören Stigmatisierungen für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Alltag, auch wenn sie mit Menschen in Kontakt kommen, die in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind. Mitarbeitende würden sich bezüglich ihrer

Haltungen nicht wesentlich von der Öffentlichkeit unterscheiden (vgl. Pertus, G. u.a. 2017, S. 4). Die professionellen Helfer*innen neigen zur Resignation (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 62).

Ein Züricher Forschungsteam hat Ergebnisse veröffentlicht, die zeigen, inwieweit Psychiater*innen zur Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen beitragen. Es stellte sich heraus, dass Psychiater*innen, obwohl (oder gerade weil?) sie über das Fachwissen über psychische Erkrankungen verfügen, die (negative) Einstellung der Allgemeinbevölkerung insbesondere in Bezug auf soziale Distanz zu Betroffenen teilen. Norman Sartorius spricht von *iatrogenem Stigma*, wenn die Verursachung psychiatrischen Helfer*innen oder Psychiater*innen zugrunde liegt. Es wird davon ausgegangen, dass der schlechte Ruf der Psychiatrie inklusive all ihrer Angestellten gegenüber, dazu beiträgt (vgl. ebd., S. 68).

Die Tatsache, dass es auch zur Stigmatisierung durch professionelle Helfer*innen im sozialpsychiatrischen Kontext kommen kann, führt bei den Betroffenen teilweise zu einer Blockade bzgl. der Inanspruchnahme einer solchen Hilfe (vgl. ebd., S. 71; Pertus, G. 2017, S. 4).

4.1.4 Strukturelle Gegebenheiten, die Betroffene stigmatisieren

Geht man von den Kategorien für die Definition von chronischen psychischen Erkrankungen aus (siehe *Punkt 2.1*), so wird deutlich, dass die Zuschreibung teilweise durch professionelle Helfer*innen begünstigt werden kann. Die Dauer der Behandlung, die eine von drei Kategorien ausmacht, kann von Faktoren, wie unter anderem der Organisation der Behandlung sowie den Voraussetzungen für die Finanzierung abhängig sein. Auch regionale Schwankungen bzgl. des Behandlungsbedarfes und der angebotenen Behandlungen tragen zur Begünstigung dieser Diagnose bei (vgl. DGPPN 2018a, S. 6f.). Teilweise werden Betroffenen strukturell weniger Rechte zugestanden, vor allem wenn sie nicht in der Lage sind, ihr Einkommen durch die Ausübung von Arbeit zu verdienen. Im Bereich des Leistungsrechts kommt es ebenfalls zu unterdrückenden Machtstrukturen. Diese zeigen sich bspw. im Verkürzen von Maßnahmen oder auch in dem ‚Besserwissen‘ bzgl. Verhaltensweisen Betroffener von Sozialarbeiter*innen, dass dazu führen können, dass in die Autonomie der Betroffenen eingegriffen wird (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 55).

Aufgrund des Fachkräftemangels kommt es teilweise dazu, dass schwere psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) nicht so behandelt werden können, wie sie es sollten. Die vorgesehene Kombination von medikamentöser aber auch psychotherapeutischer Behandlung wird nur bei jedem vierten Betroffenen des genannten Beispiels angewendet. Auch das Sozialgesetzbuch kann eine Barriere in Bezug auf die Inanspruchnahme von

Hilfeleistungen sein (vgl. DGPPN 2018b, S. 32 ff.). „Strukturelle Diskriminierung wird festgestellt, indem die sozialen Strukturen, die rechtlichen Regelungen und die politischen Entscheidungen dahingehend beleuchtet werden, ob sie Diskriminierung eher fördern oder verhindern.“ (Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 63).

Vor allem Maßnahmen in Bezug auf die Verringerung der strukturellen Stigmatisierung sollen, unter anderem durch Antidiskriminierungsgesetze, gefördert werden. Thematisch geht es dabei um die Gewährleistung und den Zugang zur optimalen Versorgung sowie um die Regelung und die Kontrolle von Maßnahmen, die ohne Einverständnis der*des Betroffenen durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 74).

In Hinblick auf die Forderungen der *Psychiatrie-Enquete* ist zu kritisieren, dass Betroffene immer noch einfacher einen stationären Platz in einer Klinik bekommen, als eine ambulante Versorgung exemplarisch durch ein mobiles Kriseninterventionsteam. In Deutschland gibt es, vergleichend zu anderen Ländern, nur an ausgewählten Stellen Kriseninterventionsteams, die dann zum Einsatz kommen, wenn Betroffene stationärsersetzend in ihrer eigenen Umgebung versorgt werden sollen. Psychisch erkrankte Menschen werden weiterhin meist an psychiatrischen Abteilungen behandelt. Die Anzahl der stationären Betten ist, obwohl die Zahl der psychisch Erkrankten relativ konstant bleibt, seit 2005 um ca. 2000 gestiegen (vgl. Heißler, M. 2015, S. 207ff.). Obwohl wahrzunehmen ist, dass psychiatrische Stationen vermehrt offen und gewaltärmer sind, ist eine Entwicklung hin zur Forensifizierung zu beobachten. Es kommt zu längeren Verweildauern in Forensiken, weshalb der Vorwurf im Raum steht, dass gemeindepsychiatrische Einrichtungen vor allem schwierige Betroffene in solche abschieben würde (vgl. Heißler, M. 2015, S. 209).

4.2 Macht und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen professionellen Helfer*innen und Klient*innen

Professionelle Helfer*innen verfügen über institutionelle Macht. Allerdings steht diese stets unter der Beobachtung einer kritischen Öffentlichkeit, bestehend aus Kostenträgern, Vertreter*innen aus der Politik und der Verwaltung, sowie den Nutzer*innen dieser Angebote. Diese Angebote müssen alle transparent und nachvollziehbar sein (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 34).

Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben häufig Ungleichheiten, weil sie nur über minderwertig beurteilte Ressourcen verfügen. Aus diesem Grund wird ihnen meist nicht die Möglichkeit eingeräumt, Beziehungen auf Augenhöhe zu führen. Das Risiko besteht, dass sie sozial ausgegrenzt werden. Obwohl Sozialarbeiter*innen sich stellvertretend für die Rechte von psychisch erkrankten Menschen einsetzen, ist auch ihre Beziehung zu Betroffenen asymmetrisch. Betroffenen müssen sich innerhalb der aufgesuchten

Hilfseinrichtung an, von Sozialarbeiter*innen installierte, institutionelle Rahmenbedingungen richten. Das Ungleichgewicht ist den Betroffenen gegenüber transparent zu machen und sollte, so gering wie möglich gehalten werden. Je hierarchischer die Konzepte innerhalb von Einrichtungen sind, desto geringer ist die Möglichkeit von Betroffenen, selbstbestimmt zu leben (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 54f.). Durch professionelle Helfer*innen erbrachte Hilfen sollten stets mit den von den Betroffenen gewünschten Hilfen abgestimmt sein. Nicht selten kommt es vor, dass professionelle Helfer*innen im Glauben sind, Hilfe zu leisten, während Betroffene dies nicht so empfinden. Dies ist bspw. auch in Hilfeplanverfahren der Fall. Diese sind zwar dienlich, um die verschiedenen Leistungen zu klären, zu bewilligen und zu koordinieren, nimmt man allerdings die Betroffenen in den Fokus, wird deutlich, dass ihre individuellen Bedürfnisse nur bedingt mit einbezogen werden (vgl. ebd., S. 88). Die Ziele und Wünsche, die die Klient*innen selbst formulieren, werden in einem Hilfeplan zwar niedergeschrieben, allerdings findet hier eine Abwägung statt, die festlegt, auf welche Ziele die Hilfeleistungen abzielen sollen und können. Außerdem kommt es zur Überprüfung der Realisierbarkeit der Ziele der Klient*innen, durch professionelle Helfer*innen, die durchaus zur Abänderung dieser führen können. Dementsprechend wird die Autonomie der Betroffenen teilweise außer Acht gelassen (vgl. Greven, N./Hummelsheim, T. 2015, S. 307).

Um die Selbsthilfe der Betroffenen zu fördern, sollten professionelle Helfer*innen nur dann helfend tätig werden, wenn die selbstständige Beseitigung der problemverursachenden Faktoren dem*der Betroffenen derzeit nicht gelingt (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 88). „Das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe beinhaltet somit eine doppelte Botschaft. Es verweist zum einen auf die subjektiven Hilfeanliegen des Klienten und zum Zweiten auf allgemeine, öffentlich ausgehandelte Nutzenvorstellungen.“ (Bosshard, M. et al. 2010, S. 88). Nützlich ist die *Hilfe zur Selbsthilfe* deshalb, weil die Betroffenen einen Umgang mit zukünftigen, ähnlichen Situationen lernen und dann ggf. nicht mehr auf die Hilfe von außen angewiesen sind (vgl. ebd.).

Zu weiteren Einschränkungen für die Betroffenen kann die Einbeziehung von gesetzlichen Betreuer*innen führen. Kritisch betrachtet wird dabei, dass es scheinbar in vielen stationären psychiatrischen Einrichtungen eine Art Automatismus geben würde, bei dem für angeblich unkooperative Patient*innen eine rechtliche Betreuung beantragt wird. Die Selbstbestimmung der Betroffenen wird in diesem Fall stark eingeschränkt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2014, S. 4). „Das fachliche Gebot „Verhandeln statt behandeln“ wird überwiegend nicht angewandt und damit Grund- und Menschenrechte der PatientInnen außer Kraft gesetzt.“ (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2014, S. 4). Kritisch betrachtet wird die Einseitigkeit von Konzepten aus der psychosozialen Praxis. Diese würden entweder nur die Bedürftigkeit der Betroffenen oder deren Recht betonen.

Eine daraus entstehende Überfürsorglichkeit kann zu Entmündigung führen. Werden die Betroffenen dazu aufgefordert, selbstverantwortlich zu handeln, obwohl diese aufgrund verschiedener Aspekte dazu noch nicht in der Lage sind, kann es zur Vernachlässigung kommen (vgl. Quindel, R. 2002, S. 129).

In sozialpsychiatrischen Einrichtungen haben die professionellen Helfer*innen einerseits die Aufgabe, die Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern, andererseits jedoch auch den gesellschaftlichen Kontrollauftrag, die Gesellschaft vor den Betroffenen zu schützen (*Doppeltes Mandat*). Es kommt zu einem asymmetrischen Machtverhältnis zwischen professionellen Helfer*innen und Betroffenen, da die Helfer*innen zur Normalisierung und Rehabilitation der Betroffenen beitragen sollen. Betroffene hingegen suchen Unterstützungen, auf materieller oder psychischer Ebene. Die Macht der professionellen Helfer*innen zeigt sich darin, inwieweit sie den Betroffenen den Zugang zu Ressourcen, wie z. B. Therapieplätzen, zukommen lassen. In Bezug auf die materielle Unterstützung treffen sie ebenso Entscheidungen. Abgesehen von diesen Aspekten zeigt sich ihre Machtausübung jedoch auch in der Art der Kommunikation (vgl. Quindel, R. 2002, S. 129ff.).

Der Empowerment-Ansatz birgt, nach Quindel (2002, S. 131f.), die Gefahr, dass dem*der Betroffenen suggeriert wird, dass professionelle Helfer*innen die Machtverhältnisse zwischen ihnen anpassen können. Er beschreibt, dass psychisch erkrankte Menschen für eine kapitalistische Gesellschaft nicht ausreichend von Bedeutung wären, sodass ihnen eine wirkliche Macht zugestanden werden würde. Sie sind meist erwerbs- und mittellos. Aus diesem Grund beschränkt sich auch ihre gesellschaftliche Teilhabe vor allem auf den psychosozialen Bereich, der zwar innerhalb der Gemeinde stattfindet, allerdings trotzdem von außen abgeschirmt ist. Ihnen steht keine gesellschaftliche Macht zur Verfügung. „Trägheit [auf Seiten] der Betroffenen erscheint in diesem Licht als verständlicher Widerstand gegen Vereinnahmungsstrategien und Pseudo-Partizipation.“ (ebd., S. 134).

Professionelle Helfer*innen, die im Sinne des Empowerment-Ansatzes tätig sind, sollten sich darüber im Klaren sein, dass sie durchaus Macht auf die Betroffenen ausüben. Dies kann sich unter anderem darin zeigen, dass sie zwar offen gegenüber den Lebensentwürfen der Betroffenen sind, aber diese dennoch in Richtungen der eigenen Vorstellungen der Lebensentwürfe für die Betroffenen lenken. Außerdem sind Empowerment-Prozesse der Betroffenen durch andere Machtverhältnisse, die sich bspw. aufgrund ihrer erlebten Bildung oder ihrer finanziellen Mittel zeigen, bestimmt. Wichtig wäre hierbei, diese Abhängigkeiten transparent zu machen und nach Möglichkeiten der Veränderung zu suchen (vgl. ebd., S. 136f.).

4.3 Erlernte Hilflosigkeit

Im folgenden Abschnitt gehe ich auf die erlernte Hilflosigkeit ein. Zuerst gibt es eine Beschreibung des Experiments, welches durch Martin E. P. Seligmann, Steven F. Maier und J. Bruce Overmier an Mischlingshunden durchgeführt wurde. Im Anschluss daran gehe ich auf die Bedeutung der erlernten Hilflosigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein.

4.3.1 Experimentbeschreibung

Martin E. P. Seligmann führte gemeinsam mit Steven F. Maier und J. Bruce Overmier ein Experiment durch, welches eigentlich darauf ausgerichtet war, einen Zusammenhang zwischen der Koordination von Angst und instrumentellem Lernen aufzuweisen. In diesem Experiment setzten sie Mischlingshunden elektrischen Schlägen aus, die unabhängig von ihrer Reaktion erfolgten. Diese Schläge wurden durch verschiedene Ton-Signale begleitet. Einsatz, Dauer und Intensität dieser elektrischen Schläge waren nicht durch das Verhalten der Hunde beeinflussbar. Lediglich der Versuchsleiter konnte über diese Faktoren bestimmen. Anschließend wurden diese Hunde in eine *shuttle box* gesperrt, die zwei Abteile umfasste, welche durch eine Barriere voneinander getrennt wurden. Der Boden dieser Abteile ist fähig, elektrische Schläge zu erzeugen. Den Hunden war es möglich, den elektrischen Schlägen, die durch Ton-Signale begleitet wurden, aus einem Abteil zu entfliehen, indem sie sich über die Barriere in das andere Abteil begaben. So wäre es ebenfalls möglich gewesen, diesen Schlägen bereits vor ihrem Einsetzen zu entgehen. Ursprünglich war das Ziel des Experimentes die Erziehung der Hunde zu zuverlässigen Vermeidern. In der Durchführung zeigte sich, dass ein Hund, welcher vorher keinen Stromschlägen ausgesetzt war, schnell lernte, die Töne mit elektrischen Schlägen zu verbinden und sich, bei Ertönen des Signals, über die Barriere in das andere Abteil zu begeben. Wenn er auch anfangs wild im Käfig umher tobte, als die Schläge einsetzten, so fand er, wenn auch möglicherweise durch Zufall heraus, dass er in dem anderen Abteil des Käfigs diesen Schlägen entkommen konnte indem er über die Barriere sprang (vgl. Seligmann, M. E. P. 2016, S. 19). „[...] Innerhalb von wenigen Durchgängen wird sein Fluchtverhalten sehr effizient, und dann lernt er bald, den Schlag ganz zu vermeiden.“ (ebd.). Hunde, die bereits im vornherein den oben beschriebenen, unvermeidbaren Stromschlägen ausgesetzt waren, zeigten ein anderes Verhaltensmuster. Sie waren im Verlauf nicht in der Lage, über die Barriere zu springen um den Schlägen zu entfliehen. Stattdessen legten sie sich, nach anfänglichem umher toben, winselnd auf den Boden. Sie gaben bereits nach wenigen Sekunden auf und schienen sich den Stromschlägen passiv hinzugeben. Seligmann u. a. beschreiben dieses Experiment als Musterbeispiel für die erlernte Hilflosigkeit (vgl. Selimann, M. E. P., 2016, S. 20).

4.3.2 Bedeutung für psychisch erkrankte Menschen

Menschen, die Anzeichen einer erlernten Hilflosigkeit aufweisen, haben in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass jegliche Anstrengungen ihrerseits zu keiner Veränderung ihrer Situation beigeführt haben. Daraus folgt, dass sich die Motivation, etwas durch das eigene Handeln ändern zu können, vermindert. Die Betroffenen entwickeln einen negativen Blick auf ihre Erwartungshaltung bzgl. ihres Kontrollhandelns, verlieren den Glauben an ihre eigene Handlungsfähigkeit und Bewältigungsressourcen. Die Folge: sie haben keine Hoffnung mehr, ziehen sich sozial zurück und Depressivität tritt ein (vgl. Herriger, N. 2014, S. 55f.; Seligmann, M. E. P., 2016, S. 20).

Ausgangspunkt der erlernten Hilflosigkeit ist ein belastendes Lebensereignis, welches durch die Anwendung von *Coping-Strategien* durch die Betroffenen in keiner Art und Weise beeinflussbar ist. Erleben Betroffene dies mehrmals, auch wenn sie unterschiedliche Bewältigungsversuche unternehmen, so empfinden sie Hilflosigkeit. Je häufiger sie diese Form von Unkontrollierbarkeit erfahren, umso mehr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie diese auch auf zukünftige, andere Lebensbereiche übertragen. Dementsprechend können vorher erfolgreich bewältigte Aufgaben nun als unüberwindbar wahrgenommen werden. Die Betroffenen verhalten sich bzgl. möglicher Bewältigungsversuche passiv, da sie das Gefühl haben, keine Kontrolle über eventuelle Auswirkungen zu haben. Sie verlieren ihre Kompetenzen, zeigen sich unmotiviert und sind nicht in der Lage, sich selbst zu regulieren. Sie zeigen sich niedergeschlagen und resignierend was letztendlich zur Depression führt (vgl. Herriger, N. 2014, S. 56f.)

Dennoch ist auch zu sagen, dass das Erleben von unkontrollierbaren Situationen nicht automatisch zur Resignation führt. Es ist durchaus möglich, dass gerade diese Erfahrungen zu vermehrter Aktivität und dem Versuch der Kontrollübernahme führen. Die jeweilige Auswirkung bzw. die Verarbeitung der erfahrenen Hilflosigkeit hängt von der Attribution des*der Betroffenen ab. Der*die Betroffene sucht für sich selbst die Antworten, warum es zu einer solchen Unkontrollierbarkeit kam. Diese Attributionen äußern sich in drei verschiedene Dimensionen. Zum einen kann es dazu kommen, dass die Verantwortlichkeit personalisiert wird. Sie zeigt sich z.B. in einer persönlichen oder einer universellen Hilflosigkeit. Bei der persönlichen Hilflosigkeit geht der*die Betroffene davon aus, dass die entsprechende Situation nicht durch sie selbst, aber durch andere Personen kontrollierbar ist (vgl. ebd., S. 57f.). „[...] [Es kommt] durch die Adressierung von Schuld und Verantwortlichkeit an die eigene Person zu signifikanten Verlusten von Selbstachtung und Selbstwertschätzung.“ (ebd., S. 58). Bei universeller Hilflosigkeit gehen die Betroffenen davon aus, dass weder sie selbst, noch andere eine Kontrolle über das Ereignis erlangen können. Zu negativen Zuschreibungen kommt es nicht. Eine weitere Möglichkeit der Attribution ist von der

Reichweite der Nichtkontrolle abhängig. Diese äußert sich auf einer globalen oder spezifischen Art und Weise. Zeigen die Betroffenen einen globalen Attributionsstil, so fassen sie die Ursache ihrer erfahrenen Unkontrollierbarkeit sehr allgemein und weit, weshalb die Erfahrung für sie immer allgegenwärtig ist und auf verschiedene Lebensbereiche übertragen werden kann. Spezifische Attributionen beziehen sich nur auf eine spezifische Situation, weshalb es dazu kommen kann, dass die Betroffenen innerhalb eines Lebensbereiches hilflos sind, während andere Lebensbereiche davon unberührt bleiben. Die dritte Attributionsdimension bezieht sich auf die zeitliche Stabilität. Halten sich die Ursachen von Unkontrollierbarkeit stetig aufrecht, so kann es zur Chronifizierung der erfahrenen Hilflosigkeit kommen. Sind die Ursachen hingegen nur von kurzer Dauer, ist es möglich, dass sich keinerlei Auswirkungen zeigen, sobald die Erfahrung der Unkontrollierbarkeit vorüber ist. Die Auswahl der jeweiligen Attribution einer Person hängt von ihrer Biografie ab und kann entweder optimistisch oder pessimistisch geprägt sein (vgl. Herriger, N. 2014, S. 58ff.).

5 Prävention von chronischen psychischen Erkrankungen innerhalb psychosozialer Beratungen

Im Folgenden soll es um mögliche Arten und Weisen der Prävention chronischer psychischer Krankheiten gehen, bei denen professionelle Helfer*innen eine tragende Rolle spielen. Dabei geht es um Verhaltensweisen der Helfer*innen, ihre Grundhaltungen, der Gestaltung des Beziehungsaufbaus und Krankheitsansichten, die die Wahrscheinlichkeit einer möglichen Chronifizierung der Betroffenen verringern können.

Die ganzheitliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine wichtige Grundhaltung, an der sich professionelle Helfer*innen orientieren sollten, um einen guten Beziehungsaufbau zu ermöglichen. Ebenso sollte stets beachtet werden, dass das Wohl des*der Betroffenen während der Anwendung von Interventionen im Vordergrund steht. Auf einen angemessenen Zugang zu dem*der Betroffenen sowie seiner*ihrer individuellen Belastbarkeit ist zu achten (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 381). Um eine förderliche Beziehungsgestaltung zu ermöglichen, gibt es verschiedene Faktoren, die dazu beitragen: Zum einen wäre es die Offenheit, auf die Betroffenen individuell abgestimmte Interventionen ergebnisoffen anzubieten. Des Weiteren spielt auch das Setting eine große Rolle, welches in Verbindung mit verschiedensten Hilfeformen sehr vielfältig gestaltbar ist. Die zeitliche Begrenzung des Kontakts hat ebenfalls einen Einfluss auf die professionelle Beziehungsgestaltung. Diese kann von längerer oder kürzerer Dauer sein. Ebenso ist die Motivation ein bedeutsamer Punkt, denn erfolgreiche soziale Arbeit kann nur dann geleistet werden, wenn die Wünsche und Bedürfnisse des*der Betroffenen beachtet und auch

erreichbar sind. Auch ökonomische Bedingungen können sich auf die Beziehungsgestaltung auswirken, vor allem, wenn sie einen zeitlichen Rahmen festlegen (vgl. Deloie, D. 2017, S. 186f.).

„Nähe und Distanz [ist ein weiterer Punkt]. Es gilt, für professionelle Beziehungsgestaltung ein gutes Maß zwischen einer vertrauensvollen, nahen Arbeitsbeziehung zu finden, in der sich der Sozialarbeiter auch emotional „anstecken“ lässt (Involvierung), und einer guten Distanz, in der der Sozialarbeiter, in einer reflektierten Art, das Beziehungsgeschehen analysiert (exzentrische Position).“ (ebd., S. 188).

Die bedingungslose Wertschätzung sowie ein empathisches Auftreten des*der Professionellen gegenüber des*der Klient*in, besonders wenn diese sich in Krisen befinden, sind von großer Bedeutung. Außerdem benötigen die Betroffenen Solidarität und Zeit, damit sie ihre psychischen Belastungen innerhalb der eigenen Biographie einordnen und verstehen können (vgl. ebd.; Armbruster, J. et al. 2015, S. 30). Eine professionelle Beziehung zwischen dem*der Helfenden und dem*der Betroffenen ist der Ausgangspunkt um gemeinsam Prozesse der Reflexion und der Veränderungen angehen zu können (vgl. Armbruster, J. et al. 2015, S. 28).

In Bezug auf professionelle Helfer*innen spricht Dario Deloie (2017, S. 178) von einer sozialtherapeutischen Grundhaltung. Diese beinhaltet grundlegend, dass die gesellschaftliche Teilhabe von chronisch psychisch erkrankten Menschen an die Voraussetzung gebunden ist, dass die angewandten Interventionen nicht nur die Anpassung der Betroffenen fordern, sondern auch eine Veränderung der Umwelt sowie der Institutionen notwendig machen.

„Allen Ansätzen ist neben konkreten Unterstützungsangeboten für die Person der Einbezug von sozialen, gesellschaftlichen bzw. Umweltfaktoren in die Therapie gemein, jedoch in unterschiedlichen Ausprägungen. Hintergrund ist die Überzeugung, dass soziale Problemlagen mit sozialen Mitteln positiv beeinflusst werden können.“ (Deloie, D. 2017, S. 180).

Das bedeutendste Ziel der Sozialtherapie, auf die sich Deloie (2017, S. 182) bezieht, ist die gesellschaftliche Teilhabe. Sozialtherapeutische Interventionen, wie bspw. psychosoziale Beratung, behandeln vor allem psychosoziale Notlagen. Des Weiteren bieten sie Betroffenen Unterstützung in persönlichen und sozialen Bereichen, aber auch bzgl. ihres schulischen oder beruflichen Werdegangs. Gesundheitsförderungen sowie der Abbau und die Prävention sozialer und strukturellen Problemlagen sind ebenfalls von Bedeutung.

Professionelle Helfer*innen sollten Betroffenen gegenüber alltags- und lebensweltorientiert arbeiten. Daraus ergibt sich, dass sie ihnen gegenüber respektvoll bzgl. ihrer Individualität, ihrer Würde, ihren eigenen Vorstellungen sowie ihrer Biographie gegenübertreten. Dadurch ist es möglich, Selbstbefähigung im Sinne von Empowerment zuzulassen (vgl. ebd.).

„Wichtige Ziele in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der seelischen und körperlichen Stabilisierung, der Aktivierung und Förderung von Motivation und Ressourcen sowie der Entwicklung von Fähigkeiten für eine weitestgehend selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung zu sehen.“ (Gühne, U. et al. 2017, S. 54).

Misstrauen bei professionellen Helfer*innen löste vor allem die geteilte Entscheidungsfindung aus, gerade in Bezug auf die Rechtfertigung von finanziellen Mitteln (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 103f.). Sie müssen sich darauf einlassen können, dass Betroffene gleichberechtigte Gesprächspartner sind. Dennoch besitzen sie die Aufgabe, für die Anregung der Kommunikations- und Reflexionsprozesse zu sorgen, sowie diese zu begleiten. Sie müssen sich eingestehen, dass sie nicht die Experten für die richtigen Lösungen sind, sondern darin fungieren, kommunikative Aushandlungsprozesse mit den Betroffenen zu gestalten (vgl. Armbruster, J. u. a. 2015, S. 33f.).

„Das gemeinsame Verhandeln, die verbindliche Einbeziehung der Betroffenen, der Angehörigen und der bedeutsamen Bezugspersonen bei der Klärung des Beratungsauftrags, der Formulierung von Zielen und der Gestaltung des Hilfeprozesses sind offensichtliche und leider noch immer nicht selbstverständliche Voraussetzungen methodischen Handelns in der Sozialpsychiatrie.“ (ebd., S. 28).

Vor allem aus den Reihen der Vertreter*innen systemischer Ansätze kommt die Ansicht, dass chronisch psychisch Erkrankte unter anderem durch Verstörungen, Erkrankungen oder Provokation aus ihren eingefahrenen Mustern der Chronifizierung geholt werden können. Projekte, die sich in ihrer Durchführung an dieser Herangehensweise orientierten, erwiesen sich als erfolgreich. Dennoch ist auch zu beachten, dass zu hoher Druck die Betroffenen eher dazu bringen kann, sich in stationäre Behandlung zu begeben oder Suizid zu begehen. Professionelle Helfer*innen sollten demnach einen Mittelweg finden, der sich stets im Wechsel zwischen Stillstand und Veränderung befindet (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 76).

Der Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen (*Trialog*) kann dazu beitragen, dass ggf. bestehende Machtstrukturen verringert werden (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 56). Um mögliche Abhängigkeiten und erlernter Hilflosigkeit vorzubeugen, sollten unterdrückende Machtverhältnisse vermieden werden. (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 170).

„Konkret heißt das, dass Professionelle aufhören sollten, „im besten Interesse des Patienten/Klienten zu urteilen“. Stattdessen sollten sie sie fragen, was diese für ihr eigenes Leben möchten, und sie bei der Entwicklung der Fähigkeiten so zu unterstützen, dass sie es erreichen können.“ (ebd.).

Da gerade Sozialarbeiter*innen dem *doppelten Mandat* unterliegen, ist darauf zu achten, dass sie, obwohl sie auch einen gesellschaftlichen Auftrag haben, dazu beisteuern, dass die Betroffenen ihre Bedürfnisse, soweit wie es innerhalb der Institution möglich ist, verwirklichen (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 381).

Das Krankheitsverständnis von professionellen Helfer*innen sollte sich am *biopsychosozialen Modell* orientieren. „[...] [Dieses] betrachtet Gesundheit und Krankheit als Ergebnis der komplexen Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt und nicht als Ergebnis nur medizinisch-biologischer oder psychischer oder sozialer Faktoren.“ (Schubert, F.-C. et al. 2019, S. 49). Biologisch-organische, psychische und soziale Ebenen des Individuums stehen hierbei in Wechselbeziehungen miteinander und sind in sich nicht konstant, sondern verändern sich stetig. Daraus lassen sich sowohl die Entwicklung des Menschen als auch Entstehung und Verlauf von (psychischen) Erkrankungen herleiten und entsprechende Behandlungs- und Vorsorgemaßnahmen bestimmen. Die *World Health Organisation (WHO)* geht davon aus, dass die Annahme des biopsychosozialen Modells, dass die verschiedenen Ebenen in Wechselwirkung zueinander stehen, nicht nur Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit einer Person habe, sondern auch ihre Lebensqualität, eingeschlossen der Lebensgestaltung und Lebenserwartung beeinflussen. Beeinflusst werden demnach bspw. das Bewältigungsverhalten bei Belastungen oder auch das Ausmaß sozialer Integration und Unterstützung. Diese Faktoren können in ihrer Wechselbeziehung zueinander sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf Erkrankung und Genesung haben (vgl. ebd., S. 50ff.). Betrachtet man die Umsetzung in der Praxis, so regt das Modell Unterstützungs- und Versorgungsformen an, die verschiedene Disziplinen mit einbeziehen. Vor allem in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung findet es großen Anklang. Die angewandten Interventionen orientieren sich an der jeweiligen Problemlage, dem Wissensstand über bereits erfolgreich durchgeführte Anwendungen sowie den vorhandenen Ressourcen des*der Betroffenen. Die Zugehörigkeit einer bestimmten Berufsgruppe des*der professionellen Helfers*Helferin beeinflusst die Schwerpunktsetzung bei der Betrachtung der verschiedenen Ebenen (vgl. ebd., S. 54). Da vor allem chronisch psychisch erkrankte Menschen von einer erhöhten Komorbidität und Mortalität betroffen sind, ist es wichtig, aufzudecken, dass die Gesundheit nicht nur durch die psychische Erkrankung beeinflusst wird, sondern auch viele weitere Faktoren eine Rolle spielen. Um diesem entgegenzuwirken ist eine Zusammenarbeit zwischen psychiatrischer und somatischer Medizin notwendig (vgl. Steinhart, I. 2018a, S. 96). Psychoedukative Angebote können dazu beitragen, dass bei Betroffenen eine weniger starke Ausprägung ihrer Krankheitssymptome, sowie eine Verbesserung der Medikamentencompliance und ihrer sozialen Kompetenzen erzeugt wird (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 51).

Hilfepläne sollen den Betroffenen dabei dienen, unterstützende Interventionen zu erlangen. Obwohl Hilfepläne den Betroffenen transparent machen, inwieweit ihre gesellschaftliche Teilhabe bewilligt wird, werden diese auch kritisch betrachtet. Sie sind häufig zu sehr an den Defiziten der Betroffenen orientiert (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 434). Clausen und

Eichenbrennen (2010, S. 22f.) würden es demnach für sinnvoller empfinden, wenn diese Pläne die Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen vermehrt in den Fokus setzen und die entsprechenden Hilfen im sozialen Umfeld der Betroffenen stattfinden würden. Des Weiteren verspricht vor allem eine bereits durchlaufene Kennlernphase zwischen professionellen Helfer*innen und Betroffenen eine erfolgreichere Aufstellung des Planes, verglichen mit solch einer nur teilweise stattgefundenen Phase. Professionelle Helfer*innen haben bei der Erstellung eines solchen Planes teilweise die Finanzierung im Blick, die auch ihre eigene Bezahlung beeinflusst, was sich ebenfalls auf den eigentlichen Plan auswirkt. Zu kritisieren ist ebenfalls, dass ein solcher Hilfeplan innerhalb der gemeindepsychiatrischen Versorgung, aufgrund von Versorgungslücken, nicht immer effizient umgesetzt werden kann (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 434).

„Um tatsächlich Teilhabe zur ermöglichen, müssen individuelle Bewältigungskompetenzen ebenso gestärkt werden wie strukturelle Entscheidungsmöglichkeiten mit Blick auf den alltäglichen Lebensvollzug.“
(Steinhart, I. 2018b, S. 145).

Gelingt es professionellen Helfer*innen, sich für die Betroffenen überflüssig zu machen, können sie dazu beitragen, dass Betroffene weniger von psychiatrischen oder psychosozialen Leistungen abhängig sind (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 76).

5.1 Der Recovery-Ansatz

Recovery wird u. a. mit Erholung oder Genesung übersetzt. Vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist dieser Begriff von großer Bedeutung, denn der Recovery-Ansatz trug dazu bei, dass die Betroffenen nicht mehr in ihrer beschränkten Patient*innenrolle wahrgenommen werden, sondern als Menschen, die ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben führen (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 11). Dadurch entstand eine alternative Sicht auf Chronizität (vgl. Neumann, O. 2017, S. 249). Recovery ist ein fortlaufender Prozess, dessen Entwicklung sich vor allem an den Werten und Zielen der Betroffenen orientiert. Partizipation und Selbstbestimmung als Recht sowie Schutz vor Diskriminierungen werden von der Betroffenenbewegung als Voraussetzung für Recovery gefordert (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 97). *Empowerment* (die Förderung der Selbstbefähigung, siehe *Punkt 5.3*) spielt für recovery-orientierte Arbeit eine bedeutende Rolle (vgl. ebd., S. 143f.). „Zentrale Inhalte des Recoveryansatzes sind die Vermittlung von Hoffnung und Sinn, d.h. für die Klienten die Hoffnung auf Verbesserung wieder zu finden und dem eigenen Erleben den je eigenen Sinn zu verleihen.“ (Bischkopf, J./Koziolk, C. 2017, S. 239). Innerhalb des Recovery-Ansatzes gibt es sowohl interne Faktoren, wie z.B. Hoffnung, Genesung und soziale Unterstützung, als auch externe Faktoren, wie rechtliche Situationen und berufliche sowie soziale Teilhabe (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 97).

„Der Aufbau von Resilienz, also den Kräften des Widerstandes und der konstruktiven Anpassung an schwierige Situationen, den Energien, die mobilisiert werden, um die Person vor demoralisierender Resignation und Selbststigmatisierung zu bewahren, ist ein essenzieller Vorgang im Heilungsprozess.“ (Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 11).

Emmy E. Werner und Ruth S. Smith zeigten 1989 auf, welchen Wert Schutz- und Risikofaktoren haben. Resilienz wird durch den Einsatz schützender Faktoren gefördert. Der Recovery-Ansatz ist geprägt durch persönliche Resilienz- und Risikofaktoren, die vor allem durch Psychiatrieerfahrene weitergegeben werden. Betroffenen wird Hoffnung vermittelt, schwere psychische Krankheiten zu überstehen und genesen zu können (vgl. Deloie, D. 2017, S. 181f.).

In der Praxis werden professionelle Hilfen auf diesen Ansatz abgestimmt. Forschungen überprüfen, inwieweit die verschiedenen Angebote förderlich für die Resilienzbildung und Gesundheit von den jeweiligen Betroffenen sind. Einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des Recovery-Konzeptes leistet die *Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA)* (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 11). Diese legte ein Programm vor, welches den Namen *Psychiatrie für die Person* trägt und „[...] die Person in ihrer Gesamtheit und in ihrem individuellen Kontext in Zentrum aller diagnostischen und therapeutischen Bemühungen stellt.“ (ebd., S. 11f.). Somit soll ein einseitiger Blick auf die Person vermieden werden und die Person, nicht nur krankheitsorientiert, sondern mit alle ihren individuellen Bedürfnissen betrachtet werden. Betroffene sollen aufgrund der Betrachtung ihrer psychischen Krankheit aber auch ihrer psychischen Gesundheit zu einer positiven Einstellung gelangen, die sich förderlich auf ihre Gesundheit auswirken kann (vgl. ebd., S. 12).

Stigmatisierungen können in Bezug auf den Recovery-Ansatz hemmend wirken (vgl. ebd., S. 62). „Die Internalisierung von stigmatisierenden Ideen (Selbststigmatisierung) führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug und behindert somit beträchtlich den Genesungsprozess“ (ebd., S. 72). Die Beachtung einer solchen Internalisierung innerhalb einer Behandlung der psychischen Erkrankung kann zu einer besseren Gesundheit beitragen. Dies zeigten Sun-Kyung Shin und Ellen P. Lukens in einer Untersuchung aus dem Jahre 2002, in der Schizophrenie-Erkrankte mit Hilfe umfassender Psychoedukation zur Abnahme von Symptomen ihrer Krankheit sowie des von ihnen wahrgenommenen Stigmas erlangten und eine deutliche Steigerung ihrer Fähigkeiten zur Bewältigung von Schwierigkeiten nachwiesen. Mithilfe des von Jennifer E. Ritshers et al. entwickelten Fragebogens ‚*Internalized Stigma Mental Illness Inventory*‘ (siehe Anhang 2) wurde ein Messinstrument für internalisiertes Stigma geschaffen (vgl. ebd., S. 72ff.).

Um Recovery zu definieren, gibt es verschiedene Ansätze. Sie beziehen sich auf „Die Rückkehr zum Normalzustand; [...] Ein Vorgang, eine Periode, ein Prozess; [...]

Wiederherstellung und Gewinn; [...] [sowie] ein Vorgang, bei dem nützliche Inhalte aus an sich unnützen Quellen gewonnen werden.“ (Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 94). Sprechen wir von einer *Rückkehr zu dem Normalzustand*, so wird eine Wiederherstellung der Gesundheit, wie sie vor der Erkrankung war, angestrebt. Hierbei zu beachten ist jedoch, dass es nie einen genau gleichen Zustand wie vor der Erkrankung geben wird, denn Betroffene können aufgrund der Erkrankung Schutz- sowie Risikofaktoren entwickeln. Vor allem bei andauernden Krankheiten sollte die Wiederherstellung des Normalzustandes nicht das alleinige Ziel von Recovery sein. Von *Recovery als eine Art Prozess* wird vor allem im Zusammenhang mit Traumatherapien gesprochen. Die Betroffenen sollen nicht zu dem vorherigen Zustand zurückkehren oder die Situation fortsetzen, sondern lernen, ihre Erlebnisse in ihr Leben zu integrieren und diese zu verstehen. In diesem Prozess soll es möglich sein, das Leben uneingeschränkt und selbstbestimmt fortzusetzen. Sieht man *Recovery als eine Wiederherstellung und eine Art von Gewinn*, so geht es vor allem um das Erlangen von Kontrolle über das eigene Leben. Auf diese Definition wird häufig im Zusammenhang mit Suchterkrankungen zurückgegriffen. Im Fokus steht hier nicht die Wiederherstellung eines Normalzustandes, sondern das Erlernen, mögliche Ursachen und Auswirkungen, die die Suchterkrankung mit sich führen, zu verstehen und sie zu bearbeiten. *Recovery in der Definition eines Vorgangs, der scheinbar unnützen Quellen nützliche Inhalte entzieht*, kommt vor allem im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen vor (vgl. ebd., S. 95f.).

„Symptome können in einem Krankheitskonzept verstanden und so unter Kontrolle gebracht werden, dass sie das Leben nicht behindern. Auch daraus kann nicht nur Mühsal, sondern auch Gewinn bringende Erkenntnis entstehen. Dasselbe gilt für das Erkennen und Akzeptieren von Limitierungen, die mit Erkrankungen und Behinderungen verbunden sind.“ (ebd., S. 96).

In der Realität zeigt sich, dass es zu individuellen Vermischungen dieser Definitionen kommen kann (vgl. ebd., S. 94). Amering und Schmolke schreiben, dass es zu jedem Zeitpunkt zu gesundheitlich positiven Veränderungen kommen kann. Dennoch gibt es in jeder Krankheitsphase auch Anteile von Gesundheit, die teilweise außer Acht gelassen werden. Das Erzeugen von Druck, man müsse einem gewissen Gesundheitszustand entsprechen, soll nicht erfolgen (vgl. ebd., S. 96f.).

Die Umsetzung des Recovery-Ansatzes in der Praxis orientiert sich am personenzentrierten Ansatz, in dem individuelle Unterstützungsbedarfe an den*die Betroffene*n sowie deren Ressourcen im Umfeld abgestimmt werden. Vor allem ressourcenorientierte Methoden finden Anwendung. Im Kontakt zu professionellen Helfer*innen wird der*dem Betroffenen eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht. In Bezug auf (medizinische) Behandlung sieht der Recovery-Ansatz vor, dass die Patient*innen den Zeitpunkt, die Auswirkungen sowie die Interventionsarten soweit es geht selbstbestimmt festlegen.

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen (siehe Anhang 3) unterstützen den Gedanken von Recovery (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 74; 97f.). Das Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren gestiegen. „Einer der Gründe [...] besteht darin, dass sich die hohen Morbiditätsraten und die Chronifizierung von Krankheiten trotz erheblicher Fortschritte in der Ätiologieforschung und in den Behandlungskonzepten nicht verringert haben.“ (ebd., S. 126f.).

Bisweilen gibt es verschiedene Studien, die sich mit dem Recovery-Ansatz beschäftigen. Zum einen führten Martina Borg und Kristjana Kristiansen im Jahre 2004 eine Studie mit dem Schwerpunkt recovery-orientierter professioneller Helfer*innen durch. In Interviews wurden 15 chronisch psychisch erkrankte Menschen zu der Wahrnehmung innerhalb der helfenden Beziehung erlebt, hilfreichen Faktoren befragt (vgl. ebd., S. 236).

„Bei der vorliegenden Untersuchung sollte das Menschenbild der Professionellen berücksichtigt werden. Zum Beispiel ging es um die Frage: Wird die Person als Mitmensch mit Einsicht, Reflexionsfähigkeit und eigenständiger Erfahrung verstanden oder im Gegenteil als ein Mensch mit einer chronischen Erkrankung, für den man sorgen muss, vielleicht für immer?“ (ebd., S. 236f.).

Innerhalb dieser Studie zeigten sich viele positive aber auch negative Faktoren, die die Betroffenen in Beziehungen zu professionellen Helfer*innen bzgl. ihres Recovery-Weges erfahren haben. Am hilfreichsten erwiesen sich empathisches Auftreten ein respektvoller Umgang sowie eine ‚Mensch-zu-Mensch-Haltung‘, die sie nicht von oben herab behandelt (vgl. ebd., S. 238).

Des Weiteren wurde innerhalb einer *RCT (randomized controlled trial, dt. randomisierte kontrollierte Studie)* deutlich, dass recoveryorientierte Programme innerhalb von Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens positive Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Diese Auswirkungen zeigten sich vor allem in Bezug auf Krankheitsmanagement und psychosozialer Funktionen, aber auch in Bezug auf die Krankheitssymptome der Betroffenen (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 55).

Dass die Einbeziehung von Betroffenen auch innerhalb der Gemeindepsychiatrie von wichtiger Bedeutung ist, stellten Graham Thornicroft und Michele Tansella 2005 dar. Die Einstellung von Betroffenen in psychosozialen Einrichtungen ermöglicht, mithilfe von Evaluation, neue recovery-orientierte Interventionen zu entwickeln und motivierend zu handeln. Tendenzen, die bei Betroffenen zur Chronifizierung führen können, sind dadurch überwindbar. In Deutschland ist vor allem die *EX-IN Bewegung* für die Einbeziehung Betroffener von wichtiger Bedeutung. (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 106ff.)

Die Einbeziehung der Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen ermöglicht, die Beziehungsgestaltung mehr auf die Betroffenen abzustimmen, ohne sich in der teils nicht

genügend ausgearbeiteten Theorie zu verlieren. Auch sie empfinden die oben genannten Aspekte am hilfreichsten, die sich bereits aus der Studie von Martina Borg und Kristjana Kristiansen ergaben. Professionelle Helfer*innen können durch psychodynamische Prozesse dazu beitragen, dass sie ihren Klient*innen gegenüber mit Achtsamkeit begegnen, wodurch eine stabile Beziehung aufgebaut werden kann (vgl. Bischof, J./Lütjen, R. 2017, S. 198ff.).

5.2 Salutogenese

Im Jahre 1997 entwarf Aaron Antonovsky das Konzept der *Salutogenese*. Dieser Ansatz verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit und setzt den Fokus auf die Faktoren, die die Gesundheit der Menschen erhalten und sie stärken (vgl. Deloie, D. 2017, S. 181). Der Grundgedanke von Salutogenese ist, dass Krankheit neben Gesundheit existiert. Ein Mensch ist niemals ganz gesund, sondern gleichzeitig in Bereichen der körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene eingeschränkt. Gleichwohl ist ein Mensch niemals nur krank, denn in ihm existieren stets gesunde Anteile (vgl. Bosshard, M. et al. 2010, S. 456). Vor allem für chronisch (psychisch) Kranke ist es von wichtiger Bedeutung, dass die Gesundheit nicht als erforderliches Ideal gesehen wird (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 136). „[...] [Die Salutogenese] sucht nach vorhandenen Stärken, den als sinnvoll erlebten Möglichkeiten seiner Alltags- und Lebensgestaltung und nach seinen Selbsthilfekräften.“ (Bosshard, M./Ebert, U./Lazarus, H. 2010, S. 456).

Salutogenetische Kenntnisse sind insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Diese konzentrieren sich vor allem auf die Stärkung der Ressourcen und auf Schutzfaktoren, die die Gesundheit erhalten. Der Blick wird von den Defiziten des*der Betroffenen weggelenkt (vgl. Knuf, A. 2007, S. 48). Es geht vor allem um die Frage, „[...] warum gesunde Menschen gesund bleiben bzw. wie kranke Menschen wieder gesund werden“ (ebd., S. 49). Die Prävention, welche sich vor allem auf die Abwehr von Krankheitslast und der damit verbundenen Sicht auf mögliche Risikofaktoren bzgl. der Krankheit ausrichtet, wirkt gemeinsam mit der Gesundheitsförderung ergänzend (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 127f.). Um psychische Gesundheit zu fördern werden verschiedene Interventionen eingesetzt. Die *WHO* spricht dabei vor allem von ressourcenorientierte Ansätzen. Ansätze im Sinne von Empowerment dienen als Grundlage (vgl. ebd.; Bosshard, M. et al. 2010, S. 456). Interventionen können auf die Betroffenen mittelbar oder unmittelbare Wirkungen haben, die zur Heilung oder zur Entlastung beitragen können. Auch wenn die akute Behandlung im Vordergrund steht, spielt auch die Verringerung eines gesundheitlichen Ungleichgewichts eine Rolle. Bspw. kann sich die berufliche Teilhabe positiv auf den Verlauf der Krankheit auswirken, weil sie z.B. die Selbstwertstärkung des Betroffenen beeinflusst. Wenn Betroffene über einen geringen Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten (Ressourcen) verfügen, wirkt sich dies in

Krisenzeiten schlecht auf ihren Gesundheitszustand aus. Dies bedeutet, dass Menschen, die genügend über für sie hilf- und ausreichende Netzwerken verfügen, in Krisenzeiten bessere Chancen haben, ihre Gesundheit zu erhalten und schneller zu genesen (vgl. Deloie, D. 2017, S. 182ff.). Veränderungen, die durch Stressoren in Krisensituationen ausgelöst werden, wirken sich unterschiedlich auf die Gesundheit aus. Demnach werden Krisen im Verständnis der Salutogenese, auch als persönliche Entwicklungsmöglichkeit wahrgenommen (vgl. Neumann, O. 2017, S. 248).

Das Kohärenzgefühl, welches nach Antonovsky's Konzept durch drei Gefühle ermittelbar ist, gibt Aufschluss darüber, wie viel Einfluss die Widerstandsressourcen eines Menschen auf jegliche Erkrankungen haben. Je höher der Einfluss ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass die Betroffenen in der Lage sind, in verschiedenen Situationen angemessen handeln zu können. Das Kohärenzgefühl ist bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen oft nur sehr begrenzt ausgeprägt (vgl. Knuf, A. 2007, S. 49f.).

„[...] [Es] beschreibt das Maß an Vertrauen und Zuversicht, dass sich die Stressoren (Belastungen) von außen oder innen ordnen, (er-)klären und letztlich verstehen lassen, und dass sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln (Ressourcen) gemanaget und bewältigt werden können.“ (Lazarus, H./Bosshard, M. 2005, S. 60).

Als gesundheitsförderndes Beispiel aus der Praxis können Selbsthilfegruppen gesehen werden, denn sie wirken entgegen der sozialen Isolation der Betroffenen und regen zu einem Austausch, in dem Informationen und Wissen weitergegeben werden, an (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 137). „[...] Sie vermitteln neuen Lebenssinn“ (ebd.). Alle positiven Wirkfaktoren können dazu beitragen, dass Chronifizierungen vorgebeugt werden kann (vgl. ebd.).

5.3 Empowerment

Für den Begriff *Empowerment* gibt es keine fachübergreifend akzeptierte Definition, dennoch ist er übersetzbar mit den Worten der Selbst-Bemächtigung, der Selbst-Ermächtigung, der Selbstbefähigung sowie der Stärkung der Lebenssouveränität (vgl. Herriger, N. 2014, S. 13, vgl. Theunissen, G. 2009, S. 27). Das Konzept orientiert sich an den Fähigkeiten und Stärken der Personen – mit dem Ziel, diese zu befördern (vgl. Kolip, P. et al. 2012, S. 120). Empowerment kann einzelne Personen aber auch Gemeinschaften betreffen. Es handelt sich um einen Prozess, in dem die Betroffenen eigene Kräfte entwickeln, die sie benötigen, um ein nach ihren Vorstellungen, besseres Leben führen zu können. Die Interpretation eines *besseren Lebens* ist individuell und mit unterschiedlichen moralischen Haltungen, Wertvorstellungen sowie Grundüberzeugungen bestückt, weshalb es bzgl. der individuellen Ziele zu Widersprüchen kommen kann (vgl. Herriger, N. 2014, S. 13).

Empowerment kann aus vier verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: der politischen, der lebensweltlichen, der reflexiven und der transitiven.

Unter politischen Gesichtspunkten dient Empowerment „[...] eine[m] konflikthaften Prozess der Umverteilung von politischer Macht, in dessen Verlauf Menschen oder Gruppen von Menschen aus einer Position relativer Machtunterlegenheiten austreten und sich ein Mehr an demokratischen Partizipationsvermögen und politischer Entscheidungsmacht aneignen“ (Herriger, N. 2014, S. 14).

Aus lebensweltlicher Sicht ist Empowerment die Fähigkeit eines Menschen, Probleme und Schwierigkeiten ihres Alltages selbst zu bewältigen und ein, nach individueller Definition, erfolgreiches Leben zu führen (vgl. ebd., S. 15). Reflexiv gesehen bedeutet Empowerment, dass sich Menschen, die machtlos und ohnmächtig sind, aus eigener Kraft bestärken, sich also selbst bemächtigen und Lebenskräfte aneignen. Sie verlassen aus eigener Kraft die Position der Machtlosigkeit und können durch aktives Handeln für sich selbst, sowie „[...] für andere ein Mehr an Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensregie erstreiten“ (ebd., S. 16). Der durch die Betroffenen angeregte Prozess des Empowerments bezieht sich im reflexiven Sinne auf die Beziehungen im Alltag sowie der Teilhabe im politischen Kontext. Unter transitiven Gesichtspunkten betrachtet ist Empowerment die Unterstützung und Förderung der Selbst-Ermächtigung durch andere, vor allem professionelle Helfer*innen mit ihren notwendigen Kompetenzen, um den Betroffenen während der individuellen Empowerment-Prozesse ausreichend Hilfestellungen gewährleisten zu können. Die Helfer*innen unterstützen durch Ressourcenorientierung aber auch Ermutigung (vgl. ebd., S. 16f.). Die Gemeinsamkeit aller Zugänge zu diesem Begriff besteht darin, dass der Ausgangspunkt die Verbesserung der individuellen Lebensqualität eines jeden Individuums ist, die der- oder diejenige durch eigene Kraft oder Macht erreichen kann (vgl. Hoppe 2012, S. 73f.).

„Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen ist stets das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung – die Erfahrung also, ausgeliefert zu sein, mit dem Rücken an der Wand zu stehen, die Fäden der eigenen Lebensgestaltung aus der Hand zu verlieren.“ (Herriger, N. 2014, S. 53)

Empowerment kann innerhalb einer Beratung in verschiedener Art und Weise auftreten, z.B. wenn die Klient*innen stolz auf sich sind oder sich ermutigt fühlen. (vgl. Bischoff, J./Koziolek, C. 2017, S. 236) Interventionen, die sich am Empowerment-Konzept orientieren, sind darauf ausgerichtet, Unselbstständigkeiten von Betroffenen vorzubeugen, ihre Entwicklung zu autonomen Persönlichkeiten zu fördern und einer möglichen Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Des Weiteren ist es dadurch möglich, langjährigen Behandlungen vorzubeugen (vgl. Gühne, U. et al. 2017, S. 54) Empowerment versteht bspw. die negativen Erfahrungen mit Stigmatisierung als Prozess der Bereicherung, der dazu beiträgt, die Gesellschaft zu verstehen und erfolgreich zu beeinflussen. (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 83).

„Als professionelles Hilfemodell steht Empowerment für eine veränderte helfende Praxis, deren Ziel es ist, die Menschen zur Entwicklung ihrer eigenen (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die ihnen einen Zugewinn an Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen.“ (Herriger, N. 1997, S. 7 zit. nach Lenz, A. 2002, S. 14).

Empowerment-Prozesse können in psychosozialen Beratungen angestoßen werden, in denen die Berater*innen als eine Art Mentor*innen agieren, die die Betroffenen soweit unterstützen, dass sie selbst oder durch deren Hilfe evtl. unbekannte Ressourcen ermitteln. Dennoch läuft der eigentliche Empowerment-Prozess häufig außerhalb dieser Interventionen ab (Stark, W. 2002, S. 68ff.).

Kritisch zu betrachten ist, dass es (vor allem in der sozialen Arbeit) für die erfolgreiche Umsetzung des Empowerment-Konzeptes neue Strukturierungen der Organisationskultur des Helfens geben muss. Diese muss sich insbesondere in Bezug auf die Art und Weise der Beteiligung von Klient*innen bzgl. Entscheidungen entwickeln. (vgl. Neumann, O. 2017, S. 249). Die Unterstützungsangebote bestehen häufig zu sehr aus fürsorglichen Strukturen. Professionelle Helfer*innen sind teilweise zu dominant, wenn es um ihre Definitions-, Ausführungs- und Kontrollmacht innerhalb der Beziehung zu Betroffenen geht (vgl. Lenz, A. 2002, S. 15). Demzufolge ist es wichtig, dass paternalistische Settings unterbunden werden (vgl. Mayer, G. u.a. 2018, S. 30). Um Selbsthilfe zuzulassen wird von den professionellen Helfer*innen verlangt, den Betroffenen Vertrauen zu schenken, welches sich auf ihre Fähigkeiten und Ressourcen richtet. Helfer*innen begegnen Betroffenen gegenüber mit Zurückhaltung, sollten aber so sensibilisiert sein, dass sie abschätzen können, wann diese an ihre Grenzen kommen und Fremdhilfe benötigen. (vgl. Lenz, A. 2002, S. 13) Die Empowerment-Perspektive erfordert von professionellen Helfer*innen, den Eigensinn der Betroffenen, ihre individuellen Lebensentwürfe und Handlungen sowie ihre eigenen Wahrnehmungen und Bewertungen zu akzeptieren (vgl. ebd., 36).

„Wenn das grundsätzliche Vertrauen nicht vorhanden ist, werden Lösungswege vorgegeben, Entscheidungen stellvertretend getroffen und Aufgaben abgenommen. Dieser professionelle Aktivismus wird häufig als fürsorgliche Belagerung beschrieben, die vermeintlich dem Wohl und Schutz der Betroffenen dienen soll.“ (ebd., S. 13).

Die Wahrnehmung von Nutzer*innen und professionellen Helfer*innen auf Auswirkungen von verschiedenen Interventionen bzgl. Empowerment unterscheiden sich. Von Bedeutung bleibt also der Austausch (vgl. Amering, M./Schmolke, M. 2007, S. 144). Professionelle lernten in *Trialogen* auf die Erfahrungen von Psychatrieerfahrenen und ihre Angehörigen zu hören. Die Förderung dieses dia- oder trialogischen Prozesses gilt als zentraler Sinn des Empowerments. Kneupp (2015, S. 59) betrachtet deshalb die Anerkennung und Förderung

der Selbstartikulation und Selbstorganisation von Betroffenen als bedeutendstes Ziel professioneller Aktivitäten.

Um Erfolge des Empowerments zu verzeichnen, können oft mehrere Jahre vergehen (vgl. Laverack, G. 2010, S. 27). Von einer *empowered person* spricht man, wenn der*diejenige sich über seine*ihre kognitiven Veranlagungen bewusst ist und damit eigenverantwortlich umgeht (vgl. Hoppe 2012, S. 75). Prozesse, die dazu führen können, zeigen sich unter anderem darin, dass Betroffene zufriedener mit sich selbst sind und ggf. Zukunftspläne schmieden, Hoffnung zulassen und sich durch Berater*innen, z.B. in Krisensituationen, ermutigen lassen (vgl. Bischof, J./Koziolek, C. 2017, S. 236). „[...] Empowerment [begriff] den Menschen in seinem sozialökologischen Kontext, stiftet soziale Verknüpfung sowohl auf der Mikro- als auch auf der Meso- und Makroebene und versucht, Prozesse möglichst in den verschiedenen Systemen anzustoßen.“ (Lenz, A. 2002, S. 30)

Mühlmeyer-Mentzel und Schürmann entwickelten im Jahre 2016 mithilfe einer Metaanalyse ein Ressourcen-Prozess-Modell. Diese zeigte die Erfahrungen bzgl. des sich-kümmerns und der Hilfe zur Selbsthilfe auch auf Seiten der Klient*innen. Es stellte sich heraus, dass ihnen beide Aspekte in unterschiedlichen Phasen innerhalb psychosozialer Beratungen wichtig sind. (vgl. Bischof, J./Koziolek, C. 2017, S. 235) „Das Bedürfnis nach Schutz kann ein zentrales Motiv zu Beginn einer Hilfe, z.B. in Kriseneinrichtungen, sein und als Ressource für weitere Schritte wirken, die Selbsthilfe in der Folge erst ermöglichen.“ (ebd.) In Hinblick auf die Personengruppe der psychisch erkrankten Menschen wird Empowerment als Faktor bzgl. der Entwicklung von Verwirklichungschancen mithilfe von *EPAS (Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen)* (siehe Anhang 4) beschrieben, einem Fragebogen, der sich an das erlebte Empowerment der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen richtet (vgl. Mayer, G. et al. 2018, S. 30)

Die Subjektzentrierung spielt bzgl. der Vorstellung des Menschenbildes in der Arbeit mit dem Empowerment-Ansatz eine große Bedeutung (vgl. Hoppe 2012, S. 76). Zum einen ist zu beachten, dass jeder Mensch die Fähigkeit hat, vor allem unter günstigen Umständen, sein*ihre Leben selbst zu gestalten. Außerdem sollte stets berücksichtigt werden, dass jeder Mensch individuelle Vorstellungen seines*ihres Lebens hat, weshalb bevormundende Äußerungen von dem*der Berater*in zu unterlassen sind. Menschen benötigen unterschiedlich viel Zeit für ihre individuellen Wege. Der*die Berater*in sollte dies berücksichtigen und den*die Betroffene*n nicht in einen bestimmten Ablauf zwingen wollen (vgl. Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 276). Den Betroffenen soll Autonomie zugesprochen und ihre Fähigkeiten, die dabei helfen, den Alltag nach seinen*ihren Vorstellungen zu meistern, gefördert werden (vgl. Herriger, N. 2014, S. 71). Des Weiteren besteht das Recht eines jeden Menschen auf Anderssein, es gibt individuelle Vorstellungen von Normalität.

Aufgrund dessen, dass die Menschen in der Beratung einen Weg beschreiten, der die Gestaltung ihrer Zukunft betrifft, sollte in einer Beratung der Raum gegeben werden, zukunftsorientiert mögliche Ressourcen herauszufinden, anstatt bereits vergangene Fehlritte wiederholt aufleben zu lassen. Generell ist vor allem darauf zu achten, dass jeder Mensch, z.B. nach dem Grundgesetz, allgemeine Rechte hat und diese in der Beratung stets zu würdigen sind (vgl. Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 276f.). Mithilfe des Empowerment-Ansatzes möchte man den Blick von den Defiziten eines*einer Klient*in (die heutzutage teilweise immer noch große Bedeutung in der psychosozialen Arbeit haben) hin zu seinen*ihren Stärken lenken. (vgl. Herriger, N. 2014, S. 71f..).

In der Arbeit mit psychiatrieeerfahrenen Menschen ist es wichtig, darauf zu achten, dass diese nicht in einen Zustand der Demoralisierung gelangen. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, vor allem Interventionen anzuwenden, die in ihnen ein Gefühl der Einflussnahme auslösen (vgl. Knuf, A. 2007, S. 44). Des Weiteren ist es von Bedeutung, dass durch Empowerment auch Gesundheitsprozesse (siehe *Punkt 5.1.2*) angeregt werden können (vgl. ebd., S. 48). Empowerment wird in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, die in medikamentöser Behandlung sind, häufig nicht erkannt, weil positive Veränderungen oftmals der Behandlung bzw. der Medikamentenwirksamkeit zugeschrieben werden und nicht den Handlungen der Betroffenen (vgl. ebd., S. 52). Psychisch erkrankte Menschen können also von Empowerment-Prozessen profitieren, da durch die Stärkung ihrer Selbstbestimmung und ihrer eigenen Fähigkeiten Prozesse angeregt werden. Die ermöglichen ein Mehr an Gesundheit und können die psychische Erkrankung für die Betroffenen erträglicher machen. So ist es möglich einer evtl. Chronifizierung entgegenzuwirken und eventuell für einen längeren Zeitraum beschwerdefrei zu leben.

5.3.1 Umsetzung des Empowerments in der psychosozialen (Einzel-)Beratung

Empowerment-Prozesse können auf vier verschiedenen Ebenen stattfinden: der individuellen, der Gruppenebene, der institutionellen sowie der Gemeindeebene. (vgl. Herriger, N. 2014, S. 86). Im Folgenden beziehe ich mich auf die Umsetzung des Empowerments in psychosozialer (Einzel-)Beratung, auf die individuelle Ebene.

Trotz ihrer prekären Lebensumstände verharren viele Betroffenen in ihrem Status Quo, aus Angst vor und Skepsis gegenüber einer, durch professionelle Hilfe angeregten, Veränderung (vgl. ebd., S. 87.). Drei verschiedene Ursachen dafür können sein: „Demoralisierung und mangelnde Selbstwirksamkeitserwartungen, [...] Beziehungsultimaten im privaten Netzwerk, [...] [und] Beratung im Zwangskontext“ (ebd., S. 87f.). Bei der Demoralisierung und mangelnder Selbstwirksamkeitserwartungen geht man davon aus, dass die Betroffenen

unter einer erlernten Hilflosigkeit leiden, weshalb diese folglich immer mehr psychische Energie verlieren, an ihrem Selbstwert zweifeln und nicht optimistisch gegenüber Veränderungen sind. Es mangelt an der Nachfrage nach Informationen und sie wollen sich nicht mit ihrem Verhalten befassen, das zu solch problematischen Lebensumständen geführt hat. Wenn es zu aufgestellten Ultimaten in Beziehungen des sozialen Netzwerkes kommt, dann handelt es sich um einen fremdinitiierten Kontakt mit hilfeleistenden (Beratungs-) Stellen. Den Betroffenen werden Sanktionen, wie Kontaktabbrüche oder Kündigungen des Arbeitsverhältnisses angedroht, die einen emotionalen Schmerz und Druck auslösen. Aufgrund der Fremdinitiierung handelt es sich hierbei um eine Art des Zwangs, weshalb die Betroffenen in den meisten Fällen keine Problemeinsicht haben (vgl. Herriger, N. 2014, S. 87f.). Die Beratung im Zwangskontext verleiht der Sozialen Arbeit ein „[...] verpflichtendes gesellschaftliches Kontrollmandat“ (ebd., S. 88). Die Betroffenen haben keine andere Möglichkeit, als den Kontakt zu den Stellen aufzunehmen. Sie sind nicht in der Lage, darüber zu entscheiden und können nicht autonom handeln (vgl. ebd.).

Ein weiteres Problem, das in der psychosozialen Beratung auftauchen kann, ist die Reaktanz. Dabei handelt es sich um eine Theorie, die davon ausgeht, dass sich Menschen gegen jegliche Einschränkungen auflehnen, die ihre Entscheidungsmöglichkeiten betreffen. Die Betroffenen reagieren mit Widerstand, Abwehr und Distanz. In Bezug auf Empowerment ist daher zu beachten, dass die Betroffenen zur Motivation der Veränderung anzuregen sind und bereit sind, mit der professionellen Instanz zu kooperieren (vgl. ebd., S. 88f.). Wenn professionelle Helfer*innen in diesem Zusammenhang den Betroffenen bestimmte Lösungswege aufkotroyieren, kann es also zu einer mangelnden Kooperationsbereitschaft oder zum Rückzug kommen. Individuelle Vorstellungen der Betroffenen sollten akzeptiert werden (vgl. Knuf, A. 2007, S. 53).

Das Ziel jeder Beratung ist, „[...] Ratsuchende bei der Lösung ihrer Probleme dahingehend zu unterstützen, dass sie möglichst ohne stetige professionelle Unterstützung ihren Alltag so selbstständig wie möglich meistern können“ (Stimmer, F./Ansen, H. 2014, S. 174). Um dieses Ziel zu erreichen, ist es nötig, Ressourcen zu aktivieren oder neu zu erwerben, was durch die Förderung von Wissen und Kompetenz im Handeln durch den*die Berater*in angeregt werden soll (vgl. ebd., S. 275). Wichtig für die Haltung des*der Berater*in ist auch die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers. Der*die Berater*in begegnet dem*der Klient*in mit Authentizität, Empathie, Kongruenz und mit bedingungsloser Wertschätzung (vgl. Pokora, F. 2012, S.55).

Professionellen Helfer*innen fällt es oft schwer, nicht selbst zu handeln. Dennoch ist es, vor allem für Prozesse des Empowerments von großer Bedeutung, dass diese sich zurückhalten, damit die Betroffenen die Möglichkeit haben, eigene Fähigkeiten zu entdecken

und nutzen lernen können. Dafür müssen professionelle Helfer*innen Vertrauen in die Fähigkeiten der Betroffenen haben. Vor allem in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ist dies eine schwierige Aufgabe: Diese sind in ihren akuten Krankheitsphasen in großem Umfang auf professionelle Unterstützungen angewiesen. Die Schwierigkeit besteht darin, den Umfang der Unterstützung zum richtigen Zeitpunkt wieder einzugrenzen. Eine weitere Schwierigkeit für die Durchsetzung des Empowerment-Konzeptes in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen sind oft die institutionellen Bedingungen. Vor allem in Krankenhäusern geht es um ökonomischen Erfolg. Dies erzeugt in Bezug auf Empowerment und der damit verbundenen Eigenzeit des Klienten großen Druck, weshalb dann zu vorgegebenen Hilfeplänen gegriffen wird, anstatt mit dem*der Betroffene*n individuelle Lösungswege intensiv durchzusprechen (vgl. Knuf, A. 2007, S. 54f.).

Einzelbetreuungen oder psychosoziale Einzelberatungen bspw. durch die Bezugsbetreuer*innen werden von Betroffenen sehr geschätzt, denn diese Art von Kommunikation stellt für sie nicht selten die einzige Art dar, sich mitzuteilen, gehört zu werden und Wertschätzung zu erfahren. Einzelinterventionen können drei verschiedene Funktionen zugeordnet werden: die Förderung von Alltagskompetenzen; die Vermittlung von Kompetenzen, um eine psychische Stabilität zu erhalten; und die Förderung von sozialen Kompetenzen. Die Beziehungen zu den professionellen Helfer*innen ist bei einigen Betroffenen die einzige Art sozialen Kontakts, der von Stabilität und Verbindlichkeit geprägt ist. Innerhalb dieser Beziehung besteht für Betroffene die Möglichkeit, ihre sozialen Kompetenzen zu erproben und zu reflektieren. Zu beachten ist jedoch, dass diese Einzelbetreuungen nicht zu einer Art paralleler Sozialwelt werden. Obwohl die positive Erfahrung innerhalb der Beziehung zu den professionellen Helfer*innen überwiegt, sind auch Stimmen zu vernehmen, die sich von ihnen als erwachsene Person nicht ernstgenommen fühlen (vgl. Mayer, G. u.a. 2018, S. 32f.).

5.3.1.1 Motivierende Gesprächsführung

Die *Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing)* soll dazu dienen, die Motivation von Menschen, die z.B. unter erlernter Hilflosigkeit leiden, zu erhöhen. Es handelt sich hierbei um einen klientenzentrierten Ansatz, der dazu beitragen soll, dass die Betroffenen die Vor- und Nachteile ihrer Verhaltensweisen aufdecken und zu einer Veränderung dieser bereit sind. Dies geschieht, indem eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Klient*in und professioneller Helfer*in geschaffen wird, die von Wertschätzung, Empathie und Respekt getragen wird und die Autonomie des*der Betroffenen akzeptiert (vgl. Herriger, N. 2014, S. 89; Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S.92ff.).

„Die motivierende Gesprächsführung gründet auf drei handlungsleitenden Grundüberzeugungen: [dem] Ambivalenz-Modell [...], [dem]

Veränderungspotenzial des Klienten [...] [und dem] Widerstand als Ergebnis von Beziehungsbrüchen [...]“ (Herriger, N. 2014, S. 89f.).

Bei dem Ambivalenz-Modell, welches im Fokus der ersten Phase steht, geht es darum, dass die Betroffenen jeweils Gründe für und gegen eine Veränderung haben (vgl. ebd., S.90). Sie befinden sich im Zwiespalt zwischen dem Wunsch nach Veränderung und dem gleichzeitigen Wunsch, dass alles so bleibt, wie es ist (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I. 2010, S. 109). Ziel des*der professionellen Helfer*in in dieser ersten Phase (*change talk*) ist es, diese Ambivalenz in Zusammenarbeit mit dem*der Betroffenen offenzulegen und eine, von dem*der Betroffenen ausgehenden Motivation zur Veränderung zu fördern. Methodisch wird dies erreicht durch ein begleitetes Selbstgespräch, in dem der*die Betroffene positive sowie negative Aspekte seines*ihres derzeitigen (Problem-)Verhaltens offenlegt und gegeneinander abwägt. Daraus erstellt werden Ambivalenz-Waagschalen, die mithilfe von vier Feldern dargestellt werden. Diese vier Felder beziehen sich auf: 1. Die Vorteile einer Veränderung, 2. Die Nachteile einer Veränderung, 3. Die Vorteile der derzeitigen Situation und 4. Die Nachteile der derzeitigen Situation (vgl. Herriger, N. 2014, S. 91). „Im gemeinsamen Gespräch soll dem Klienten die Ambivalenz zwischen Beharren und Aufbruch erlebbar werden und der Konflikt zwischen dem Problemverhalten auf der einen und seinen positiv bewerteten Lebenszielen auf der anderen Seite herausgearbeitet werden.“ (ebd.). Ziel ist es, dass für den*die Betroffenen mögliche Nutzen der Veränderung attraktiv wirken, die Kosten zum Erhalt der derzeitigen Situation zu hoch erscheinen und der erste Schritt zur Veränderung umsetzbar wirken (vgl. ebd.).

Bei dem Veränderungspotenzial des Klienten ist man der Meinung, dass jeder Mensch effektives Potenzial zur Veränderung in sich trägt. Ziel ist es, dieses aktiv werden zu lassen. Der*die Berater*in steht dem*der Klient*in unterstützend zur Seite, während diese*r aus Ambivalenzen eigene Schlüsse zieht. Kommt es zu Widerstand aufseiten des*der Klient*in, so ist davon auszugehen, dass der*die Berater*in Grenzen überschritten hat, die die Autonomie des*der Klient*in angreifen (vgl. ebd., S. 90). Der*die Berater*in sollte hierbei den Widerstand erkennen und kontextbezogen einordnen. Er*sie sollte sich nicht mehr dem angesprochenen Thema widmen, sondern lieber einem anderen. Der Widerstand wird sich legen. Um den Widerstand ebenfalls zu verringern, ist es von Vorteil, dem*der Klient*in zu versichern, dass diese*r zu jeder Zeit die Kontrolle über den Verlauf der Beratung hat (vgl. Beck, B./Borg-Laufs, M. 2018, S. 91). Wenn der*die Berater*in ihn*sie in eine bestimmte Richtung (wie die ‚positive Seite‘ der Ambivalenz – die Veränderung) drängt, kann es dazu kommen, dass dies zu einer Minderung der Bereitschaft zur Änderung des (problematischen) Verhaltens kommt. (vgl. Herriger, N. 2014, S.90).

In der zweiten Phase (*commitment*) der Motivierenden Gesprächsführung geht es ganz konkret um die Planung der Umsetzung der Veränderung. Zuerst werden hierbei die

Veränderungsziele vereinbart und ihrer Rangfolge nach geordnet. Wichtig hierbei ist, dass die Ziele erreichbar sein sollten und möglichst konkret formuliert werden. Danach werden die genaue Rangfolge und die Umsetzung der Veränderungsziele geplant (vgl. ebd., S. 92). Anschließend folgt [...] die Erarbeitung eines detaillierten Änderungsplanes, indem die für den weiteren Hilfeprozess relevanten Ressourcenpersonen und institutionellen Leistungen, die Schrittfolge und die Zeitfenster der Veränderung sowie überprüfbare Zwischenziele eingetragen sind.“ (Herriger, N. 2014, S. 92).

Ursprünglich von Miller und Rollnick 2005 für Menschen mit einer vorliegenden Suchtproblematik entwickelt, wird die motivierende Gesprächsführung mittlerweile in vielen Feldern der Beratung eingesetzt, wie z.B. „[...] der Psychotherapie, in der Gesundheitsförderung, in der Sozialen Arbeit und im Strafvollzug“ (Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 92). In der motivierenden Gesprächsführung ist anzunehmen, dass die Betroffenen ihre Veränderungen zeitlich selbst bestimmen und verantworten, weshalb es auch zu Abbrüchen der Beratung kommen kann (vgl. ebd., S. 93).

Eine Grundhaltung, die mit Empathie und Wertschätzung bestückt ist, ist in der motivierenden Gesprächsführung Voraussetzung. Ebenso ist es förderlich, gemeinsam mit dem*der Betroffenen über Diskrepanzen zwischen dem gegenwärtigen Verhalten in Bezug auf Wertvorstellungen, Ziele und Zukunftsvorstellungen, zu sprechen. Dies regt möglicherweise die Bereitschaft zur Veränderung an. Da es ebenfalls für die Betroffenen wichtig ist, die Erfahrung zu machen selbstwirksam zu sein, ist dies durch den*die Berater*in zu fördern (vgl. ebd., S. 94). Ratschläge und Empfehlungen sollten aufseiten des*der Berater*in vermieden werden, da Betroffene die Wege wählen werden, die sie selbst für sich in Erwägung ziehen können. (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I. 2010, S. 110.) Kommt es zu abwehrendem Verhalten des*der Klient*in gegenüber dem*der Berater*in, so kann dies auf Ambivalenzen hinweisen (vgl. Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 94).

5.3.1.2 Ressourcenorientierung

Ressourcen sind ein dehnbarer Begriff, für den es viele verschiedene Auffassungen gibt. Grundlegend sind Ressourcen jedoch hilfreiche Dinge oder Personen, die einem*er Betroffenen in einer bestimmten Situation dienen (vgl. Herriger, N. 2014, S. 94). Man unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Arten von Ressourcen: individuelle Ressourcen (den Körper, die Psyche, die Kognition sowie das Soziale betreffend) und Umweltressourcen (Gesellschaft, Kultur, Lebenswelt, Ökonomie und Ökologie). Beide Formen können sich gegenseitig beeinflussen und dienen gemeinsam zur Bewältigung von Belastungen (vgl. Lenz, A. 2002, S. 27). Diese Arten von Ressourcen beziehen sich auf die Systemdimension. Neben dieser Dimension existieren zusätzlich noch die Bedeutungs- und die Kommunikationsdimension. Bei der Bedeutungsdimension wird unterschieden zwischen

motivationalen Ressourcen und potenziellen Ressourcen. Erste beziehen sich auf Ziele und Wünsche der Person und zweite auf die vorhandenen Fähigkeiten. Die Kommunikationsdimension beinhaltet sowohl implizite Ressourcen (auf die die Personen zu konkreten Gegebenheiten, ohne bewusste Kenntnis darüber, zurückgreifen können) und explizite Ressourcen (auf die die Personen in bestimmten Situationen ganz bewusst zurückgreifen können) (vgl. (Deloie, D. 2017, S. 183). Psychosoziale Beratung kann dabei helfen, förderliche Ressourcen aufzudecken. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Beratung, den*die Betroffene*n dazu zu bringen, mithilfe von Selbstbestimmung wieder über eigene Lebensumstände entscheiden zu können. Außerdem wird gemeinsam mit dem*der Betroffenen untersucht, welche Unterstützungsmöglichkeiten der Umwelt in Frage kommen. Kompetenz in Bezug auf systemische Beratung ist von Vorteil, da es sich bei Ressourcen häufig um Mitglieder in den individuellen Systemen der Betroffenen handelt (vgl. Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 67f.).

Durch die Aktivierung von Ressourcen werden verschiedene Bereiche positiv beeinflusst, wie beispielsweise die Gesundheit, die Fähigkeit Probleme zu lösen oder die Festigung sozialer Kontakte. In Bezug auf die Gesundheitsförderung geht man davon aus, dass aufgrund vieler Ressourcen das Wohlbefinden gefördert wird und sich eine Besserung der Psyche einstellt (vgl. Deubner-Böhme, M./Deppe-Schmitz, U. 2018, S. 99). Die Menge an Ressourcen, die den Menschen zur Verfügung stehen, bestimmt auch die Menge an Ressourcen, die daraus folgen können. Demnach folgen bspw. aus einer Berufsausbildung bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Daraus ergibt sich eine bessere finanzielle Situation, die die Wahl eines besseren Wohnortes ermöglicht. Verfügen Menschen generell nur über wenige Ressourcen, verschlechtern sich auch ihre Möglichkeiten zur Beschaffung oder Aneignung dieser (vgl. Bosshard, M. et al., S. 52).

Um eine ressourcenorientierte Beratung durchzuführen gibt es verschiedene Methoden, wie die Ressourcenanalyse oder aber den Kompetenzdialog. Auf beide Methoden werde ich exemplarisch im Folgenden eingehen (vgl. Stimmer F./Ansen, H. 2016, S. 71).

5.3.1.2.1 Ressourcenanalyse

In der *Ressourcenanalyse* nach Schiepek und Cremers geht es vor allem darum, Ressourcen für die Bewältigung bestimmter Lebensumstände zu aktivieren. Diese Technik wird in Therapien, insbesondere der Therapie von Suchterkrankten, angewendet und ist, zumindest in ihren Kernaussagen, auch in der Beratung wiederzufinden. Die Ressourcenanalyse dient den Betroffenen dazu, sich darüber bewusst zu werden, welche Ressourcen sie unter welchen Umständen gezielt einsetzen können. Bei einer Ressourcenanalyse wird auch eine Analyse der jeweiligen Situation gemacht. Es gibt fünf Schritte, die das beraterische Vorgehen während der Ressourcenanalyse umfassen. Im

ersten Schritt geht es darum, herauszuarbeiten, welche Ressourcen der*die Klient*in in den vergangenen Monaten (hilfreich) wahrgenommen hat. Daraufhin wird eine vorübergehende Ressourcenliste erstellt. Der zweite Schritt ist, herauszufinden, inwieweit und in welchem Umfang die genannten Ressourcen wirklich vorhanden waren. Aus dieser Frage ergibt sich der *Wert V*, der für die vorhandenen Ressourcen steht (vgl. Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 194). Der dritte Schritt befasst sich mit „[...] der Frage, inwieweit die Ressourcen vorhanden sein könnten, wenn Klient*innen durch Konflikte, verstellte Blickwinkel oder aus anderen Gründen nicht daran gehindert gewesen wären, darauf zurückzugreifen“ (ebd.). Daraus ergibt sich ein *Wert P*, der sich auf das Ressourcenpotenzial bezieht. Im nächsten Schritt geht es um die Frage nach Ressourcenzielen (*Wert Z*), indem die Klient*innen beantworten, inwieweit bestimmte Ressourcen in bestimmten Zeiträumen für sie zur Verfügung stehen sollten. Um einen *Wert R*, der die Relevanz der Ressourcen feststellt, herauszuarbeiten, wird der*die Klient*in gebeten, die bereits genannten Ressourcen für ihn*sie nach Bedeutung zu bewerten. Eine Skalierung von null bis zehn kann von Schritt zwei bis Schritt fünf hilfreich sein. Mithilfe der unterschiedlichen Werte lässt sich dann der Wert einer bestimmten Ressource in Bezug auf die Nützlichkeit für den*die Betroffene*n herausarbeiten (vgl. ebd., S. 194f.).

5.3.1.2.2 Kompetenzdialog

Der von Norbert Herriger entwickelte *Kompetenzdialog* unterliegt den Grundprinzipien der lösungsorientierten Beratung: „Der Respekt der Lebensautonomie der Klienten [...], Die Prozessorientierung der Beratung [...], die radikale Zukunftsorientierung des Beratungsprozesses[...]“ (Herriger, N. 2014, S. 125f.). Beim Kompetenzdialog geht man davon aus, dass kleine Erfolge den*die Betroffene*n dazu motivieren, weiterhin Veränderungen anzustreben. Sie entdecken ihre Kompetenzen und es kann zu eigendynamischen Prozessen kommen (vgl. Herriger, N. 2014, S. 129f.; Hoppe, G. K. 2012, S. 80f.). Der Kompetenzdialog umfasst drei aufeinander aufbauende Schritte. Diese wären zum einen die *Zielfokussierung*, in der es darum geht, dass der*die Betroffene Lebensziele formuliert, die er*sie sich wünscht. Dies kann beispielweise durch die Anwendung der Wunderfrage erreicht werden. Im zweiten Schritt kommt es zum *Reframing*, wobei man sich auf bereits erlebte Erfolge in der Vergangenheit konzentriert. Diese positiven Ausnahmen werden dafür genutzt, um bei dem*der Betroffenen Zuversicht für die Zukunft zu erzeugen. Außerdem spricht der*die Berater*in dem*der Betroffenen damit Kompetenz zu und macht ihm*ihr Mut. Der dritte Schritt ist die *Ko-Konstruktion von Lebenswegen und die stellvertretende Lebensdeutung*. Hierbei geht es um eine gemeinsame Vorstellung darüber, wie die in den vorherigen Schritten herausgearbeiteten Aspekte verknüpft werden können - Mithilfe welcher Lösungsschritte ist es möglich, die gewünschte Person aus der Zukunft zu

realisieren? Der*die Berater*in ist hier eine Art Mentor*in, der*die den*die Betroffene in seinen*ihrer Kompetenzen sowie seiner*ihrer Selbstbestimmung stärkt und die Motivation zur Veränderung aufrechterhält. Dies kann bspw. durch die Verringerung von Vermeidungstendenzen erfolgen (vgl. Hoppe, G. K. 2012, S. 81; Herriger, N. 2014, S. 126ff.; Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 182).

5.3.2 Grenzen von Empowerment

Der Empowerment-Ansatz ist nicht zu jeder Zeit in der Arbeit mit Betroffenen umsetzbar.

„Eine Grenze der Umsetzung des Empowerment-Ansatzes in der Beratung ist dann erreicht, wenn Menschen auf akute Hilfen in Krisen- und Konfliktsituationen angewiesen sind, die sie so stark vereinnahmen, dass ein langwieriger Verständigungsprozess eine zusätzliche Belastung mit weiteren Risiken darstellen würde“ (Stimmer, F./Ansen, H. 2016, S. 277).

Die Betroffenen begeben sich in solchen Situationen häufig in passive, von professionellen Helfer*innen abhängige Rollen. In einem solchen Zustand würden die verschiedenen Methoden des Empowerment-Ansatzes zu Widerstand und Abwehr führen. In diesem Zusammenhang sollte auch die Überforderung des*der Berater*in beachtet werden, aufgrund dessen Betroffene, die sich in Notlagen befinden, ihrer selbst überlassen werden. Dies geschieht häufig durch Laien (vgl. Lenz, A. 2002, S. 16). Betroffene, die möglicherweise unter einer Traumatisierung leiden, aus diesem Grund passiv und zurückgezogen sind und sich durch Aggressionen versuchen selbst zu schützen, sind für Empowerment-Prozesse nur schwer oder nicht zugänglich. (vgl. Knuf, A. 2007, S. 47). Außerdem ist es stets eine große Herausforderung für die Helfer*innen, sich auf dieses Konzept vollkommen einzulassen, weil aufgrund der Dauer, die manche Empowerment-Prozesse in Anspruch nehmen können, der Drang zu groß ist, selbst zu handeln (vgl. ebd., S. 54).

Grenzen der Selbstbestimmung der Betroffenen zeigen sich vor allem dann auf, wenn der*die Betroffene eigen- oder fremdgefährdet ist (vgl. Lenz, A. 2002, S. 17). Dann kann es zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen, wie z.B. einer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen des*der Betroffenen, kommen. Zur Anwendung von Zwang kann es ebenfalls kommen, wenn die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung die vorgesehene Behandlung nicht verstehen und Chancen sowie Risiken nicht abwägen können. Sie sind nicht in der Lage, eine Entscheidung für sich zu treffen. Viele Zwangsmaßnahmen könnten verringert oder verhindert werden, wenn das psychiatrische Versorgungssystem vollkommen ausgeschöpft werden würde. Dennoch ist ein kompletter Verzicht solcher Maßnahmen innerhalb psychiatrischer Versorgung gegenwärtig nicht möglich. Zu skandalisieren ist jedoch, dass es immer wieder zu Zwangsmaßnahmen kommt, die weder rechtlich erlaubt, noch dokumentiert worden sind. Diese treten vor allem in

somatischen Abteilungen von Krankenhäusern auf. (vgl. Greven, N./Hummelsheim, T. 2015, S. 311f.). Krisenerlebnisse oder die Behandlung dieser können auf die Betroffenen traumatisierend wirken, weshalb Empowerment-Prozesse behindert werden können (vgl. Knuf, A. 2007, S. 45).

5.4 Gewinn der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen in psychosozialen Arbeitsfeldern

Psychiatrie-Erfahrene wurden in meiner Ausarbeitung bereits mehrfach benannt. Ihr Einbezug zeigt sich vor allem aufseiten der Auswirkungen für Betroffene als positiv. Bei der Anwendung von *Trialog* sowie dem *offenen Dialog* werden die Betroffenen als ganzheitliche Menschen wahrgenommen, bei denen nicht nur ihre Diagnosen und ihre Symptome im Vordergrund stehen. Hierbei werden Betroffene und ihr soziales Umfeld mit einbezogen, um den Veränderungsbedarf und dessen Umsetzung sowie Ziele festzulegen. Die Aufgabe Professioneller Helfer*innen liegt hierbei darin, Entscheidungen der Betroffenen in den Fokus zu rücken (vgl. Utschakowski, J. 2017, S. 306).

*Genesungsbegleiter*innen* (ausgebildete Psychiatrie-Erfahrene) achten häufig nicht die professionelle Distanz im Kontakt mit Betroffenen. Ihre eigene Erfahrung bringt sie zur Erkenntnis, dass eine gewisse Nähe grundlegend für eine recoveryorientierte Beziehung ist. Da sie selbst Recovery leben, sind sie in der Lage, Betroffenen und professionellen Helfer*innen darzulegen, dass eine zuversichtliche Grundhaltung erfolgversprechend ist (vgl. ebd.). Sie sind für Betroffene Vorbilder, da sie aufweisen, dass sich auch mit vorhandener Symptombelastung Lebensqualität gestalten lässt. Des Weiteren können sie Betroffenen Mut machen, unter anderem in Bezug auf die Weiterentwicklung von Ressourcen, das Nichtaufgeben bei Niederlagen sowie riskanten Entscheidungstreffungen (vgl. Speck, A. 2018, S. 20).

„Viele, aber nicht alle Studien zeigen positive Effekte für die Nutzer, wie z.B. weniger Krankenhausaufenthalte, mehr Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und soziale Inklusion bei geringer Psychopathologie.“ (Utschakowski 2016, S. 9).

Psychiatrie-Erfahrene bringen sich verschieden in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein. Das *Netzwerk für Stimmenhörer*, die *Irrenoffensive* sowie das *Weglauf-Haus* sind mithilfe von Anregungen der Psychiatrie-Erfahrenen entstanden. Auch Beschwerdestellen wurden auf diese Art und Weise errichtet. Des Weiteren vertreten sie die Interessen der psychisch erkrankten Menschen auf Tagungen und innerhalb kommunaler und bundesweiter Gremien. Es finden z.B. in sehr vielen Städten und Kreisen *Psychoseseminare* (auch *Psychoseforum*) statt, in denen es zum Treffen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen, aber auch interessierten

Personen, kommt. Diese tauschen sich gemeinsam über unterschiedliche Perspektiven aus und lernen so voneinander. Sie bieten einen Austausch bzgl. ihrer Erfahrungen, was dazu dient, auf menschenunwürdige Zustände binnen der Psychiatrie hinzudeuten (vgl. Clausen, J./Eichenbrenner, I., 2010, S. 21f.; S. 150f.).

Der Einbezug von Genesungsbegleiter*innen könnte zum einen die Chance für psychisch kranke Menschen verwirklichen, berufstätig zu werden. Zum anderen könnten diese Begleiter*innen dazu beitragen, dass Unterstützungsangebote für Betroffene qualitativ verbessert werden (vgl. Steinhart, I. 2018b, S. 154). Nicht außer Acht gelassen werden sollte jedoch der Aspekt, dass bei Einstellung nur eines*einer Genesungsbegleiter*in die Gefahr besteht, dass diese die Verantwortung über Erfolge oder Misserfolge trägt (vgl. Utschakowski 2016, S. 10). Ein großes Potenzial im Austausch zwischen Genesungsbegleiter*innen und Betroffenen steckt in der Reduzierung der Selbststigmatisierung, da sie darstellen, dass soziale Anerkennung auch trotz psychischer Erkrankung möglich ist (vgl. Steinhart, I. 2018b, S. 155). „Auch können sie dabei helfen, explizite – und vor allem auch implizite – Zuschreibungsprozesse zu durchschauen und Strategien der inneren Distanzierung zu entwickeln.“ (ebd.). Der Austausch mit Genesungsbegleiter*innen bietet für Betroffene den Vorteil, dass sie ebenfalls über Erfahrungen aus dem psychiatrischen und/oder psychosozialen Behandlungsfeld verfügen, zu dem sie Informationen überbringen können (vgl. Utschakowski 2016, S. 9). Auch die S3-Leitlinien empfehlen, gerade Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, den Support durch *Peers*. Dabei soll sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen orientiert werden, um mögliche Recovery-Prozesse zu unterstützen und ggf. die Förderung zur Beteiligung an Behandlungen anzuregen (vgl. DGPPN, 2018a, S. 37).

6 Zusammenfassung

In Deutschland wird die Anzahl der chronisch psychisch erkrankten Menschen auf ein bis zwei Prozent geschätzt. Diese Personen erleben über einen längeren Zeitraum zahlreiche Belastungen, die sich auf die verschiedensten Lebensbereiche auswirken. Das Versorgungssystem für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland ist geprägt durch vielfältige Angebote und den Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen. Die Unterstützungsangebote erstrecken sich über den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich und sollen den Betroffenen dazu dienen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Allerdings gibt es immer noch große Versorgungslücken. Die Möglichkeit einer Integrierten Versorgung ist bspw. in einigen Regionen nicht umsetzbar, wodurch mehreren Betroffenen diese recovery-orientierte Behandlung verwehrt bleibt.

Seit der Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahren ist eine Vielzahl an unterschiedlichen außerklinischen Angeboten für psychisch erkrankte Menschen entstanden. Im Fokus stehen seitdem vermehrt die Rechte und Bedürfnisse von psychisch erkrankten Menschen, die z. B. in Behandlungsvereinbarungen festgehalten werden. Der geforderte Bettenabbau in psychiatrischen Anstalten und die Einbindung psychiatrischer Stationen in Allgemeinkrankenhäuser ist geglückt. Einen bitteren Beigeschmack erzeugte allerdings die Tatsache, dass es teilweise zur Re-Institutionalisierung kam, indem ehemalige Anstalten in Wohnheime verwandelt wurden und eine Vielzahl von Betroffenen in Pflegeheimen oder forensischen Einrichtungen untergebracht wurden. Die Enthospitalisierung, vor allem von chronisch psychisch erkrankten Menschen, bleibt weiterhin eine wichtige Aufgabe. Auch die geforderte Gleichstellung von somatischen und psychischen Erkrankungen ist bis heute nur bedingt gelungen. Die Anerkennung des biopsychosozialen Modells könnte dies in Zukunft weiterhin positiv beeinflussen.

Der Selbstbestimmung von Betroffenen wird in manchen Interventionen zu wenig Gewicht verliehen. Das Bundesteilhabegesetz, welches auf verschiedene Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen eingeht, soll diese zu mehr Selbstbestimmung und Möglichkeiten der Teilhabe führen. Da dieses Gesetz noch sehr jung ist, bleibt abzuwarten, wie sich dies in der Praxis auswirkt. Der Capabilities Approach als Bewertungskriterium der Teilhabechancen Betroffener, der auch gewisse Mindeststandards für Unterstützungsleistungen hervorbringt, könnte darüber Aufschluss bringen.

Die BAESCAP-Studie veranschaulicht die Teilhabechancen von chronisch psychisch erkrankten Menschen in verschiedenen Lebensbereichen, die auch durch das BTHG eine Verbesserung der Umstände erfahren sollen. Auffällig war, dass die Befragten in vielen Fällen über keinen Berufsabschluss verfügen, was in Verbindung mit dem Ersterkrankungsalter, dazu beiträgt, dass viele von ihnen einer Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen nachgehen. Im Bereich Wohnen zeigte sich, dass es vor allem im stationären Bereich zu wenig Selbstbestimmung der Betroffenen kommt. Dennoch gaben Befragte, die in Heimen leben, an, grundsätzlich zufriedener zu sein, als Befragte, die ambulante Leistungen nutzen. Dies liegt vor allem daran, dass diese eine bessere soziale Unterstützung sowie medizinische Versorgung erfahren und nur wenig von Stigmatisierungen betroffen sind. Trotzdem bleibt zu fordern, ambulante Angebote qualitativ zu verbessern, um Heimunterbringungen möglichst verhindern zu können. Eine bereits vorliegende Replikation dieser Studie bestätigte die Teilhabebeschränkungen. Die S3-Leitlinie dient als Empfehlung für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen und orientiert sich an Ansätzen des Recovery und Empowerments. Einem

multiprofessionellem Team sowie dem Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen werden in dieser Leitlinie viel Bedeutung zugeschrieben.

Kern meiner Arbeit war es, mögliche Verhaltensweisen von professionellen Helfer*innen, die chronische psychische Erkrankungen begünstigen können, aufzudecken. Ein defizitärer Blick der Professionellen in Hinblick auf die Krankheit(en) der Betroffenen führt meist zu weiteren Benachteiligungen, wie dem Vorenthalten von adäquaten Interventionen. Stigmatisierungen, die Betroffene durch die Allgemeinbevölkerung (vor allem beeinflusst durch verschiedene Medien) erleben, wirken sich negativ auf ihren Selbstwert aus. Diese zeigen sich vor allem darin, dass ihnen eine gewisse Gefährlichkeit zugeschrieben wird. Vor allem Schizophrenie-Erkrankte sind davon betroffen. Stigmatisierungen können sich ebenso auf struktureller Ebene widerspiegeln, was zur nicht ausreichenden Behandlung ihrer Erkrankung führen kann. Auch professionelle Helfer*innen übernehmen teilweise die Zuschreibungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Es kommt somit ebenfalls durch professionelle Helfer*innen zu Stigmatisierungen. Da die Betroffenen auf verschiedene Art und Weise mit diesen Erfahrungen umgehen, kann es dazu kommen, dass sie möglichen Hilfeleistungen aus dem Weg gehen und ihre Erkrankung aufgrund von fehlender Behandlung chronifizieren. Als besonders wirksame Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierungen zeigte sich der direkte Kontakt mit Betroffenen. Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben häufig Ungleichheiten in Beziehungen zu nicht-erkrankten Personen. Ihnen werden nicht die gleichen Entscheidungsmöglichkeiten zugestanden. Dies kann sich auch in Beziehungen zu professionellen Helfer*innen zeigen. Innerhalb psychosozialer Einrichtungen liegt eine Asymmetrie vor, die professionellen Helfer*innen mehr Macht zuschreibt, als den Nutzer*innen dieser Angebote. Umso wichtiger ist der transparente Umgang damit und die Reflektion der Machtausübenden. Hilfe zur Selbsthilfe sollte stets berücksichtigt werden, damit die Betroffenen weiterhin selbstwirksam und selbstbestimmt tätig sein können. Werden den Personen viele Aufgaben abgenommen, ohne dass diese Einfluss auf die Ausführungen haben, so kann es zur erlernten Hilflosigkeit und damit verbunden zu negativen Auswirkungen kommen. Es kommt vor allem zur mangelnden Motivation, selbstständig zu handeln. Die Chronifizierung der psychischen Erkrankung ist möglich.

Damit einer solchen Chronifizierung entgegengewirkt werden kann, beschäftigte ich mich des Weiteren mit der Prävention von chronischen psychischen Erkrankungen innerhalb psychosozialer Beratungen. Professionelle Helfer*innen können gewisse Haltungen einnehmen: Zum einen sollten sie die Betroffenen grundsätzlich ganzheitlich betrachten. Interventionen sollten bestmöglich auf sie abgestimmt und eine förderliche Beziehung durch die professionelle Helfer*innen geschaffen werden. Betroffene sollten als gleichberechtigte

Gesprächspartner*innen wahrgenommen und ihre psychische(n) Erkrankung(en) mithilfe des biopsychosozialen Modells betrachtet werden. Psychosoziales Handeln sollte sich an verschiedenen Grundlagen orientieren. Zu nennen wären der Recovery-Ansatz, in dem Betroffenen vor allem Hoffnung auf Besserung vermittelt wird, das Verständnis von Salutogenese, welches die gleichzeitige Existenz von Gesundheit und Krankheit beschreibt und der Empowerment-Ansatz, in dem Betroffene mithilfe ihrer Fähigkeiten und Ressourcen selbst tätig werden sollen. Um vor allem letzteres Konzept innerhalb psychosozialer Einzelberatungen umzusetzen, gibt es verschiedene Methoden. Die Motivierende Gesprächsführung, welche sich darauf ausrichtet die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen zu fördern, wäre eine mögliche Methode. Die Ressourcenorientierung im Zusammenhang mit den Methoden der Ressourcenanalyse und dem Kompetenzdialog dient ebenfalls der Anregung von Empowerment. Das Aufdecken und nutzbar machen der Ressourcen der Betroffenen ist hierbei das Ziel. Der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen kann sich in vielerlei Hinsicht positiv auf die Gesundheit von chronisch psychisch erkrankten Menschen auswirken. Er kann z. B. dazu dienen, Interventionen bestmöglich auf die Betroffenen abzustimmen und somit ihre Teilhabechancen zu vergrößern.

Auch heute bekommen Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen nicht die Hilfe, die sie benötigen. Der Situation dieser Personengruppe wird weiterhin viel zu wenig Beachtung geschenkt. Forschungsprojekte, die sich mit diesen Menschen auseinandersetzen, sollten angeregt werden, um ihre Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben, auch durch politisches Engagement, zu verbessern. In diesem Zusammenhang sollten Kampagnen, die sich gegen Stigmatisierungen einsetzen, gefördert und unterstützt werden, um zusätzliche Belastung zu verringern. Des Weiteren halte ich eine Sensibilisierung von Tätigen aus dem psychosozialen Bereich, insbesondere in Bezug auf ihre eigenen Verhaltensweisen, für angemessen, denn auch diese können mögliche Chronifizierungen der Betroffenen begünstigen. Wichtig wäre hierbei die Veranschaulichung von Methoden und Haltungen, die diesen entgegenwirken können.

7 Quellen

7.1 Printmedien

- Amering, M./Schmolke, M.: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 2. Aufl. Bonn 2007.
- Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K.: Wo stehen wir heute? Resümee und Ausblick.
In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 16-38.
- Beck, B./Borg-Laufs, M.: Änderungsmotivation. In: Wälte, D./Borg-Laufs, M. (Hrsg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart, 2018. S. 80-96.
- Becker, T./Gühne, U./Riedel-Heller, S./Berger, M.: Sozial- und Gemeindepsychiatrie, psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation. In: Berger, M./Hecht, H. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München, 2015. S. 171-187.
- Bischkopf, J./Koziolk, C.: Psychosoziale Beratung. In: Bischkopf, J./Deimel, D./Walther, C./Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln 2017, S. 225-240.
- Bischkopf, J./Lütjen, R.: Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung. In: Bischkopf, J./Deimel, D./Walther, C./Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln 2017, S. 191-208.
- Bosshard, M./Ebert, U./Lazarus, H.: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 4. Aufl. Bonn, 2010.
- Clausen, J./Eichenbrenner, I.: Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart, 2010.
- Conty, M.: Teilhabestärkungsgesetz – wird das Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Lebenslagen schwer psychisch kranker Menschen verbessern? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018. S. 132-143.
- Daum, M.: Welche Befähigungen eröffnen sich Menschen der Eingliederungshilfe? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018. S. 111-131.
- Deloie, D.: Sozialtherapeutische Grundhaltung. In: Bischkopf, J./Deimel, D./Walther, C./Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, 2017. S. 178-190.
- Deubner-Böhme, M./Deppe-Schmitz, U.: Coaching mit Ressourcenaktivierung. Ein Leitfaden für Coaches, Berater und Trainer. Göttingen 2018.

- Greve, N./Hummelsheim, T.: Verhandeln statt behandeln – ein Paradigmenwechsel auf dem Weg der Psychiatriereform. In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 304 – 316.
- Gühne, U./Becker, T./Riedel-Heller, S.: Evidenzbasierte Psychiatrie im Sozialraum – Update der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Steinhart, I./Wienberg, G. (Hrsg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln, 2017. S. 45-56.
- Heim, L./Walther, C.: Soziale Teilhabe. Ergebnisse einer Replikation der BAESCAP-Studie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 1 (2020), 50. Jahrgang. S. 44-49.
- Heißler, M.: Was wäre, wenn die Psychiatrie-Enquete in den Kliniken tatsächlich zu einer Praxis geführt hätte? In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 199-214.
- Hoppe, G. K.: Selbstkonzept und Empowerment bei Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg, 2012. (E-Book).
- Höptner, A./Daum, M.: Methodik: „Wir haben die Menschen gefragt“ In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018. S. 40-54.
- Höptner, A.: Fokus Wohnen: „Ambulant (immer) vor stationär?“ In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018. S. 65-82.
- Kneupp, Heiner: Vom utopischen Überschuss zum desillusionierten Realismus, In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 52-64.
- Knuf, A.: Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: Knuf, A./Osterfeld, M./Seibert, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. Auflage. Bonn, 2007. S. 42-55.
- Kolip, P./Ackermann, G./Ruckstuhl, B./Studer, H.: Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, 2012.
- Laverack, G.: Gesundheitsförderung und Empowerment. In: Laverack, G. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Werbach-Gamburg 2010. S. 13-30.
- Lazarus, H./Bosshard, M.: Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Bonn, 2005.

- Lenz, A.: Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, 2002. S. 13-53.
- Mayer, G./Wiese, A./Nauerth, M./Röh, D./Baumgardt, J.: Zur Bedeutung des Empowerments in sozialen Beziehungen für die soziale Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen. Ergebnisse aus einer qualitativen Studie im Arbeitsfeld „ambulante Sozialpsychiatrie“. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 3 (2018), 48. Jahrgang. S. 29-34.
- Neumann, O.: Krisenintervention. In: Bischof, J. u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, 2017, S. 241-258.
- Pertus, G./Wagner, A./Jantzen, M./Speck, A.: Nicht mehr alle Latten am Zaun?! Eine Anti-Stigma Kampagne in Mecklenburg-Vorpommern versucht, mit Humor Vorurteile auszuhebeln und insbesondere mit Arbeitgebern ins Gespräch zu kommen. In: Psychosoziale Umschau. 3 (2017), 32. Jahrgang. S. 4-5.
- Pokora, Felizitas: Ressourcen- und lösungsorientierte Beratung. Ein integratives Konzept für Therapeuten, Coaches, Berater und Trainer. Stuttgart, 2012.
- Quindel, R.: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, 2002. S. 129-138.
- Röh, D./Speck, A./Steinhart, I.: Neue Praxis braucht neue Theorie – der Capabilities-Approach. In: Steinhart, I./Wienberg, G. (Hrsg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln, 2017. S. 299-315.
- Rüsch, N./Berger, M.: Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger, M.: Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München, 2015. S. 807-812.
- Schöck, G./Schöck, I.: Bürgerschaftliches Engagement – so wichtig wie eh und je! In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 90-102.
- Schomerus, G./Angermeyer, M.-C.: Auswirkungen der Psychiatriereform auf das Image der Psychiatrie und auf die Haltungen zu den Betroffenen. In: In: Armbruster, J., u. a. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 256-266.
- Schubert, F.-C./Rohr, D./Zwicker-Pelzer, R.: Beratung. Grundlagen - Konzepte – Anwendungsfelder. Osnabrück, 2019. (E-Book).
- Seligmann, M. E. P.: Erlernte Hilflosigkeit. Übers. Von Rockstroh, B. 5. Aufl. Weinheim, Basel 2016 [Original erschienen 1975: Helplessness. On Depression, Development and Death] (E-Book).
- Speck, A./Daum, M./Höptner, A./Steinhart, I.: BTHG – Neue Teilhabewelt mit neuen Teilhabechancen?! Was wissen wir über die Lebenslagen seelisch behinderter Menschen? In: Psychosoziale Umschau. 1 (2017a), 32. Jahrgang. S. 14-17.

- Speck, A./Daum, M./Höptner, A./Steinhart, I.: Von Heimen lernen? Empirische Ergebnisse zu den Teilhabechancen und –risiken in verschiedenen Betreuungssettings der Sozialpsychiatrie. In: Soziale Psychiatrie. 4 (2017b), 32. Jahrgang. S. 21-23.
- Speck, A.: Fokus Stigma: ein Teilhaberisiko?. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018b. S. 103-110.
- Speck, A.: Von der Teilhabe zur Befähigung. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018a. S. 10-32.
- Stark, W.: Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenz-orientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 55-76.
- Steinhart, I.: „Ein gutes Leben“ für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland – sieben Thesen. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018a. S. 144-156.
- Steinhart, I.: Fokus Komorbidität: „Gesundheitslast psychische Erkrankung“. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, 2018a. S. 94-102.
- Stimmer, F./Ansen, H.: Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen – Prinzipien – Prozess. Stuttgart, 2016.
- Stratmann, S./Rymek, B.: Möglichkeiten und Chancen der Integrierten Versorgung in der Praxis. Mit ambulanter Unterstützung muss Bettina S. auch in Krisenzeiten nicht mehr ins Krankenhaus. In: Psychosoziale Umschau. 3 (2017), 32. Jahrgang. S. 10-11.
- Theunissen, G.: Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 2. Auflage. Breisgau 2009.
- Utschakowski, J.: Das EX-IN-Modell der Teilhabe und Teilgabe. Eine europäische Idee. In: Soziale Psychiatrie. 40 (2016), Nr. 152. S. 8-10.
- Utschakowski, J.: Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, 2017. S. 292-308.
- Vieten, B.: Enthospitalisierung als dauernde Herausforderung. In: Armbruster, J./Dieterich, A./Hahn, D./Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, 2015. S. 333-348.

7.2 Internetquellen

- Aktion Psychisch Kranke: Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren. Tagung am 12. und 13. Oktober 1993 in Ückermünde. Bonn, 1993. URL: https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Enthospitalisieren_statt__Umhospitalisieren_1993.pdf [Stand 08.07.2020]
- Aktion Psychisch Kranke: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes. Bonn, 2016. URL: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Stellungnahme_Aktion_Psychisch_Kranke.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Stand 08.07.2020]
- DGPPN: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin, 2018a. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf [Stand 19.05.2020]
- DGPPN: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Berlin, 2018b. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf [Stand 24.03.2020]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Bundesteilhabegesetz. o.O. 2020. URL: <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html> [Stand 07.07.2020]

7.3 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016. URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Bilder/DE/Schwerpunkte/Inklusion/grafik-bundesteilhabegesetz.jpg?__blob=wide&v=8 [Stand 07.07.2020].
- Abb. 2: Speck, A.: Fokus Stigma: ein Teilhabehisiko?. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./ Speck, A./ Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln 2018b. S. 105,
- Abb. 3: Rüsck, N./Berger, M.: Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger, M.: Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München 2015, S. 808,

7.4 Anhangsverzeichnis

- Anhang 1: Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health (OxCAP-MH) URL: https://healtheconomics.meduniwien.ac.at/fileadmin/healtheconomics/Documents/OxCAP-MH_ENGLISH_SAMPLE_May_2020.pdf [Stand 14.07.2020].

Anhang 2: Internalized Stigma Mental Illness Inventory URL:
https://www.mirecc.va.gov/visn5/training/docs/Handout_ISMI.pdf [Stand 06.07.2020].

Anhang 3: Behandlungsvereinbarung URL: <https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/07/behandlungsvereinbarung.pdf> [Stand 19.07.2020].

Anhang 4: Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit Affektiven und Schizophrenen Störungen (EPAS) URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht__01gx0743_anhang_vii_epas_endversion.pdf [Stand 21.07.2020].

8 Anhang

Anhang 1: Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health (OxCAP-MH)

OxCAP MH

OxCAP-MH

This questionnaire asks about your overall quality of life.

<p>1 Does your health in any way limit your daily activities, compared to most people of your age? <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Always 1 <input type="checkbox"/> Most of the time 2 <input type="checkbox"/> Some of the time 3 <input type="checkbox"/> Hardly ever 4 <input type="checkbox"/> Never 5</p>
<p>2 Are you able to meet socially with friends or relatives? <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Always 5 <input type="checkbox"/> Most of the time 4 <input type="checkbox"/> Some of the time 3 <input type="checkbox"/> Hardly ever 2 <input type="checkbox"/> Never 1</p>
<p>3 In the past 4 weeks, how often have you lost sleep over worry? <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Always 1 <input type="checkbox"/> Most of the time 2 <input type="checkbox"/> Some of the time 3 <input type="checkbox"/> Hardly ever 4 <input type="checkbox"/> Never 5</p>
<p>4 In the past 4 weeks, how often have you been able to enjoy your recreational activities? <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Always 5 <input type="checkbox"/> Most of the time 4 <input type="checkbox"/> Some of the time 3 <input type="checkbox"/> Hardly ever 2 <input type="checkbox"/> Never 1</p>
<p>5 How suitable or unsuitable is your accommodation for your current needs? <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Very suitable 5 <input type="checkbox"/> Fairly suitable 4 <input type="checkbox"/> Neither suitable nor unsuitable 3 <input type="checkbox"/> Fairly unsuitable 2 <input type="checkbox"/> Very unsuitable 1</p>
<p>6 Please indicate how safe you feel walking alone in the area near your home: <i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Very safe 5 <input type="checkbox"/> Fairly safe 4 <input type="checkbox"/> Neither safe nor unsafe 3 <input type="checkbox"/> Fairly unsafe 2 <input type="checkbox"/> Very unsafe 1</p>

<p>7 Please indicate how likely you believe it to be that you will be assaulted in the future (including sexual and domestic assault):</p> <p><i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Very likely 1</p> <p><input type="checkbox"/> Fairly likely 2</p> <p><input type="checkbox"/> Neither likely nor unlikely 3</p> <p><input type="checkbox"/> Fairly unlikely 4</p> <p><input type="checkbox"/> Very unlikely 5</p>																																																												
<p>8 How likely do you think it is that you will experience discrimination?</p> <p><i>[Please tick one]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Very likely (Go to Q8a) 1</p> <p><input type="checkbox"/> Fairly likely (Go to Q8a) 2</p> <p><input type="checkbox"/> Neither likely nor unlikely (Go to Q9) 3</p> <p><input type="checkbox"/> Fairly unlikely (Go to Q9) 4</p> <p><input type="checkbox"/> Very unlikely (Go to Q9) 5</p>																																																												
<p>8a On what grounds do you think it is likely that you will be discriminated against?</p> <p><i>[Please tick up to three]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Race/ethnicity</p> <p><input type="checkbox"/> Gender</p> <p><input type="checkbox"/> Religion</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual orientation</p> <p><input type="checkbox"/> Age</p> <p><input type="checkbox"/> Health or disability (incl. mental health)</p> <p><input type="checkbox"/> Other:</p>																																																												
<p>9 Please indicate how strongly you agree or disagree with the following statements:</p> <p><i>[Please tick one]</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Strongly Agree</th> <th>Agree</th> <th>Neither agree nor disagree</th> <th>Disagree</th> <th>Strongly disagree</th> </tr> <tr> <th></th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1173 1011 1240">9a I am free to influence decisions affecting my local area.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1240 1011 1308">9b I am free to express my views, including political and religious views.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1308 1011 1375">9c I am able to appreciate and value plants, animals and the world of nature.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1375 1011 1442">9d I am able to respect, value and appreciate people around me.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1442 1011 1509">9e I find it easy to enjoy the love, care and support of my family and/or friends.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1509 1011 1576">9f I am free to decide for myself how to live my life.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1576 1011 1644">9g I am able to use my imagination and to express myself creatively (e.g. through art, literature, music, etc.).</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1644 1011 1702">9h I have access to interesting forms of activity (or employment).</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Strongly Agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree		5	4	3	2	1	9a I am free to influence decisions affecting my local area.						9b I am free to express my views, including political and religious views.						9c I am able to appreciate and value plants, animals and the world of nature.						9d I am able to respect, value and appreciate people around me.						9e I find it easy to enjoy the love, care and support of my family and/or friends.						9f I am free to decide for myself how to live my life.						9g I am able to use my imagination and to express myself creatively (e.g. through art, literature, music, etc.).						9h I have access to interesting forms of activity (or employment).					
	Strongly Agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree																																																								
	5	4	3	2	1																																																								
9a I am free to influence decisions affecting my local area.																																																													
9b I am free to express my views, including political and religious views.																																																													
9c I am able to appreciate and value plants, animals and the world of nature.																																																													
9d I am able to respect, value and appreciate people around me.																																																													
9e I find it easy to enjoy the love, care and support of my family and/or friends.																																																													
9f I am free to decide for myself how to live my life.																																																													
9g I am able to use my imagination and to express myself creatively (e.g. through art, literature, music, etc.).																																																													
9h I have access to interesting forms of activity (or employment).																																																													

Anhang 2: Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

Implementing the EASE Awareness principle: Using the ISMI with Clients

EASE = Education, Awareness, Shift perspective, Empower

One way to help clients become more Aware of self-stigma is using the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) to start discussion.

It is a 29-item measure with five subscales: alienation, stereotype endorsement, perceived discrimination, social withdrawal, and stigma resistance. The person is asked how much s/he agrees or disagrees with each statement, on a 1-4 scale. A full copy of the ISMI is on the back of this handout.

In addition to its use in research, the ISMI is an excellent way to start discussions about self-stigma – to increase awareness and understanding about how stigma can come up in one’s thinking and one’s life. It can also highlight areas of strength and resilience.

You could use the ISMI in a number of ways. Some examples:

- In a group discussing specific individual items
- Asking an individual client to complete the entire measure and then discuss answers with a counselor
- Group or individual discussion of items in only one sub-scale, to focus on that topic
- Point out areas of strength reflected by lower stigma item scores and higher resistance item scores.
- Completing it with a client every couple months to discuss changes over time
- Use specific items as prompts for journaling or self-expression projects.
- You can come up with many others!

The ISMI can also be a useful way to discuss internalized stigma with trainees or co-workers.

Note: Within the VA staff can access the ISMI within Mental Health Assessments

Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

We are going to use the term "mental illness" in the rest of this questionnaire, but please think of it as whatever you feel is the best term for it. For each question, please mark whether you strongly disagree (1), disagree (2), agree (3), or strongly agree (4).

	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1. I feel out of place in the world because I have a mental illness.	1	2	3	4
2. Mentally ill people tend to be violent.	1	2	3	4
3. People discriminate against me because I have a mental illness.	1	2	3	4
4. I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection.	1	2	3	4
5. I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness.	1	2	3	4
6. Mentally ill people shouldn't get married.	1	2	3	4
7. People with mental illness make important contributions to society.	1	2	3	4
8. I feel inferior to others who don't have a mental illness.	1	2	3	4
9. I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave "weird."	1	2	3	4
10. People with mental illness cannot live a good, rewarding life.	1	2	3	4
11. I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness.	1	2	3	4
12. Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the "normal" world.	1	2	3	4
13. Being around people who don't have a mental illness makes me feel out of place or inadequate.	1	2	3	4
14. I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person.	1	2	3	4
15. People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness.	1	2	3	4
16. I am disappointed in myself for having a mental illness.	1	2	3	4
17. Having a mental illness has spoiled my life.	1	2	3	4
18. People can tell that I have a mental illness by the way I look.	1	2	3	4
19. Because I have a mental illness, I need others to make most decisions for me.	1	2	3	4
20. I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment.	1	2	3	4
21. People without mental illness could not possibly understand me.	1	2	3	4
22. People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness.	1	2	3	4
23. I can't contribute anything to society because I have a mental illness.	1	2	3	4
24. Living with mental illness has made me a tough survivor.	1	2	3	4
25. Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness.	1	2	3	4
26. In general, I am able to live my life the way I want to.	1	2	3	4
27. I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	1	2	3	4
28. Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness.	1	2	3	4
29. Stereotypes about the mentally ill apply to me.	1	2	3	4

J. Ritsher, University of California, San Francisco. ritsher@itsa.ucsf.edu

Behandlungsvereinbarung

zwischen

Vorname, Name: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

und der

Klinik _____

Die Klinik _____ kommt in ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich dem gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihren Willen auf richterlichen Beschluß in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahme entspricht einer schweren Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit. Um die Auswirkungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu halten und besser noch zu vermeiden, verpflichtet sich die Klinik:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des psychiatrischen Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.
- Auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für den Fall, daß die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die zuständige Oberarzt / Oberärztin bzw. der fachärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von seiten der Klinik zu dokumentieren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.

Herr/Frau _____ erkennt die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.

Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:

1. Medikamente: _____

2. Auf keinen Fall folgende Medikamente: _____

3. Zwangsmaßnahmen: _____

4. Umgang mit Krisen: _____

5. Vereinbarte Station: _____
6. Vertrauensperson: _____

7. Angehörige: _____

B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Datum des Gesprächs: _____

Anwesend sind: _____

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Im Falle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Frau _____
seine/ihre Vertrauensperson

Name, Anschrift, Telefon

alle Angelegenheiten, die er/sie nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen.
Die Vertrauensperson soll möglichst von Anfang an hinzugezogen werden.

Ihr gegenüber entbindet Herr/Frau _____ die Klinik von der Schweigepflicht
und ermächtigt sie,

- Daten weiterzugeben
 Daten von Institutionen und Sozialleistungsträgern abzufragen.

Falls die o.a. Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll

ihre Vertretung übernehmen.

Umgehend informiert werden müssen folgende Angehörige:

Behandelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:

2. Kontakte

Folgende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit ihm/ihr verbringen:

Mit folgenden Personen möchte er/sie keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die
Klinik kommen:

Behandlungsvereinbarung

Weitere Kontaktabsprachen sind gewünscht / nicht gewünscht: (z.B. Vertreter der Selbsthilfegruppe, einer Religionsgemeinschaft etc.):

3. Aufnahme und Behandlung:

Herr/Frau _____ wohnt im Zuständigkeitsbereich von Station

Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht:

In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich:

- in Ruhe gelassen werden
- möglichst nicht allein sein
- Gespräche

Frau _____ sollte möglichst von Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden. Auf ihr besonderes Schutzbedürfnis ist Rücksicht zu nehmen.

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit vorschnellen Entlassungswünschen etc.):

Besondere Wünsche an den Therapieplan:

Behandlungsvereinbarung

4. Medikamente und Notfallbehandlung

Herr/Frau _____nimmt zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

1. _____
2. _____
3. _____

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

1. _____
2. _____
3. _____

Herr/Frau _____ lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schwere Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten sind:

Herr/Frau _____wünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente.

Sofern nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zu nehmen.

Bei der Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe:

Besondere Vereinbarungen zur medikamentösen Behandlung

B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

5. Zwangsmaßnahmen:

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher folgendes unbedingt versucht werden
(Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen):

- Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung
- Vertrauensperson hinzuziehen
- Gespräch
- Bad
- Spaziergang mit: _____
- Bewegung
- Essen anbieten
- Rauchen
- Musik machen/Musik hören

Bei Zwangsmaßnahmen soll _____
benachrichtigt werden.

Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden:
(nach Möglichkeit Reihenfolge):

- _____
- _____
- _____

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben:
(Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen)

- Ausgangsbeschränkung
- Zwangsmedikation
- Isolierung
- Fixierung
- _____
- _____

Folgende Personen bittet Herr/Frau _____ um Beteiligung an der Sitzwache:

Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:

Dies ist keine Zustimmung im voraus zu diesen Maßnahmen !

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Falls Herr/Frau _____ infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in die Klinik zwangseingewiesen werde, soll schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

6. Soziale Situation

Im Notfall ist folgendes zu regeln

Wohnung:

- Situation im Haus mit Nachbarn (Hausfrieden)
- Ist die Wohnung abgeschlossen?

Der Haustürschlüssel/Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

Kinder

Herr/Frau _____ hat folgende Kinder (Name, Geburtsdatum):

Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

Hausdienste:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Licht | <input type="radio"/> Gas | <input type="radio"/> Wasser |
| <input type="radio"/> Strom | <input type="radio"/> Inventar | <input type="radio"/> Pflanzen |
| <input type="radio"/> Haustiere | | |

Finanzen

- regelmäßige Zahlungen
- Rückgängigmachen von Ratenzahlungen
- Überziehung des Kontos, Absprachen mit der Bank
- Ratenzahlungen

- Fahrzeuge absichern

B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Arbeitgeber / Schule:

- Krankmeldung an den Arbeitgeber ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“
(z.B. über den Hausarzt)

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

Verpflichtungen:

Es wurden für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

Wichtige Termine und Ereignisse:

7. Sonstige Absprachen

Diese Vereinbarung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er/sie sich mit den weiteren Teilnehmern in Verbindung setzen.

Gütersloh, den _____

Psychiatrie-Erfahrene/r

Vertrauensperson

Gesetzliche/r BetreuerIn

zuständige/r Facharzt/Fachärztin

zuständige/r MitarbeiterIn Pflegedienst

Anhang 4: Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit Affektiven und Schizophrenen Störungen (EPAS)

Sehr geehrte Patientin !

Sehr geehrter Patient !

Ein wesentliches Ziel einer modernen psychiatrischen Behandlung ist die Förderung einer selbständigen Lebensgestaltung und eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung. Dieses Ziel wird auch mit dem englischsprachigen Begriff „empowerment“ bezeichnet.

Damit die Empowerment-Orientierung im psychiatrischen Behandlungsprozess besser erfasst und dadurch die Qualität der Behandlung weiter verbessert werden kann, haben wir folgenden Fragebogen entwickelt. Anhand verschiedener Aussagen soll eine Einschätzung des persönlich erlebten Empowerments für unterschiedliche Lebensbereiche vorgenommen werden.

Die genaue Instruktion zum Ausfüllen des Fragebogens erhalten Sie auf der folgenden Seite. Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch, bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Instruktion zum Ausfüllen des Fragebogens:

Der Fragebogen enthält Aussagen, für die Sie jeweils ankreuzen sollen, **wie richtig oder wie falsch** diese Aussagen **aus Ihrer ganz persönlichen Sicht sind**. Deshalb ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen **für sich alleine** bearbeiten.

Die Antwortskala lautet:

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

Zum Beispiel könnte eine Aussage lauten:

„In meinem alltäglichen Leben komme ich gut zu Recht.“

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, wie gut Sie in Ihrem alltäglichen Leben zu Recht kommen. Das heißt: wenn Sie gut zu Recht kommen, kreuzen Sie das Feld mit der 5 an. Wenn Sie in manchen Bereichen gut zu Recht kommen und in manchen nicht, kreuzen Sie das Feld mit der 3 an - usw.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Kreuzen Sie für jede Aussage nur jeweils **ein Feld** auf der Antwortskala an. Wenn Sie sich nicht sicher sein sollten, kreuzen Sie das Feld an, das am ehesten für Sie zutrifft.

1. Ich Sorge dafür, dass ich mit meinem Geld auskomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas1]

2. Ich kann meine berufliche Situation entsprechend meiner Vorstellung gestalten.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas2]

3. Beruflich finde ich immer eine Möglichkeit für mich.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas3]

4. Mit meinen Alltagsaufgaben bin ich überfordert.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas4]

5. Ich gestalte meinen Wohnbereich nach meinem Geschmack.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas5]

6. Alltagsaufgaben im Haushalt erledige ich eigenständig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas6]

7. Es fällt mir leicht, auf andere Menschen zuzugehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas7]

8. Es gelingt mir gut, den Kontakt zu Freunden aufrecht zu erhalten.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas8]

9. Gegenüber Kränkungen und Verletzungen im Umgang mit anderen Menschen bin ich hilflos.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas9]

10. Im Kontakt mit anderen kann ich eigene Bedürfnisse äußern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas10]

11. Ich kann meine sexuellen Bedürfnisse ausdrücken.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas11]

12. Meine Bedürfnisse nach Zuneigung und Zärtlichkeit bleiben meistens unerfüllt.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas12]

13. In meiner Freizeit gehe ich meinen Interessen nach.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas13]

14. Ich plane, was ich in meiner Freizeit machen möchte.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas14]

15. Schwierigkeiten in der psychiatrischen Behandlung spreche ich direkt an.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas15]

16. Gegenüber meinem psychiatrischen Behandler fällt es mir schwer, meine Ansichten zu äußern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas16]

17. Im Kontakt zu meinem psychiatrischen Behandler fühle ich mich gleichberechtigt.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas17]

18. Beim Auftreten bestimmter psychischer Symptome weiß ich genau, was ich tun kann.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas18]

19. In Stresssituationen weiß ich für mich Möglichkeiten, diesen Zustand zu regulieren.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas19]

20. Ich Sorge dafür, dass ich das passende psychiatrische Medikament bekomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas20]

21. Bei Entscheidungen über meine psychiatrische Medikation beteilige ich mich aktiv.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas21]

22. Ich habe Einfluss darauf, welches psychiatrische Medikament ich bekomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas22]

23. Hinsichtlich meiner Zukunft bin ich zuversichtlich.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas23]

24. Ich habe das Gefühl, es geht aufwärts in meinem Leben.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas24]

25. Ich habe das Gefühl, dass sich in meinem Leben immer alles zum Schlechteren wendet.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas25]

26. Wenn ich etwas erreichen will, dann schaffe ich es.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas26]

27. Auch schwierige Situationen kann ich meistern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas27]

28. Neue Anforderungen kann ich gut bewältigen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas28]

29. Ich bin für mich in Ordnung so wie ich bin.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas29]

30. Im Allgemeinen fühle ich mich anderen gegenüber gleichwertig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas30]

31. Es fällt mir schwer, mich selbst zu akzeptieren.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas31]

32. Trotz meiner psychischen Erkrankung werde ich von anderen Menschen akzeptiert.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas32]

33. Trotz meiner psychischen Erkrankung bin ich für andere Menschen wichtig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas33]

Achtung:

Folgende Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie aktuell berufstätig sind, unabhängig von Umfang und Bezahlung der Tätigkeit; also egal ob Sie einer Vollzeitbeschäftigung, einem 400 oder 1€-Job nachgehen, eine betriebliche Ausbildung oder eine Wiedereingliederungsmaßnahme machen. Ansonsten können Sie weiter zu Seite 11 gehen.

1. Wenn ich bei meiner beruflichen Tätigkeit überfordert bin, tue ich was dagegen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb1]

2. Ich Sorge dafür, dass ich beruflich auf dem Laufenden bleibe.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb2]

3. Meine Arbeitsbedingungen gestalte ich aktiv mit.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb3]

4. Ich teile mir meine Arbeit so ein, dass ich sie gut erledigen kann.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb4]

5. Bei Problemen an meinem Arbeitsplatz weiß ich, wo ich professionelle Unterstützung finde.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb5]

Achtung:

Folgende Aussagen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie minderjährige Kinder haben. Ansonsten können Sie weiter zu Seite 12 gehen.

1. Die Erziehung meiner Kinder gelingt mir.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask1]

2. Es fällt mir schwer, auf meine Kinder einzugehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask2]

3. Mit Konflikten in meiner Familie kann ich gut umgehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask3]

4. Bei Schwierigkeiten in der Erziehung meiner Kinder weiß ich, wo ich professionelle Unterstützung erhalte.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask4]

5. Im Umgang mit meinem Kind bin ich mir sicher.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask5]

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorstehende Masterarbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, den 28. Juli 2020

Unterschrift