

Martina Pistor

Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren
Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-
Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem

Martina Pistor

Die (Un-)Möglichkeit,
sich zu beschweren
Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-
Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Martina Pistor

**Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren
Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung im
psycho-sozialen Hilfesystem**

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Martina Pistor

ISBN 978-3-947502-53-0

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

Den Vielen, die mich in einer schweren Zeit unterstützt haben:
Ohne Euch hätte ich es nicht geschafft.
Danke.

Mein Dank gilt Carolin Freier für die freundschaftliche und überaus lehrreiche Begleitung während meines Studiums und insbesondere während meiner Bachelorarbeit. Danke für alles, was Du mir beigebracht hast. Danke auch Dzifa Vode für Schreibberatungen und vieles, was ich lernen durfte. Ich danke Melanie Roch und Nekisa Bagheri dafür, dass sie meine Frage in ihr Interview aufgenommen und mir zur Verfügung gestellt haben. Danke auch Erik Petter für die wichtigen Impulse zum Thema Kritische Psychologie. Und danke Euch, liebe Kinder, für Eure Geduld, wenn ich die meine schon verloren hatte.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Theoretische Bezüge.....	2
2.1	Stigma	3
2.2	Macht	5
2.3	Salutogenese.....	12
2.4	Empowerment.....	16
2.5	Beschweren.....	26
3	Methode	30
3.1	Datenerhebung.....	30
3.2	Auswahl der Interviewpartner*innen: Theoretical Sampling.....	32
3.3	Auswertung der Daten	36
4	Interviews: Wie Menschen ihre Psychiatrie-Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem erleben	38
4.1	Interview 1: „In der Geschlossenen bist Du in einem rechtlosen Raum.“.....	38
4.2	Interview 2: „Ich möchte ja mein selbstbestimmtes Leben machen – trotzdem.“ ...	39
4.3	Interview 3: „Ich hab‘ jederzeit das Recht, mich zu beschweren und muss nicht alles hinnehmen.“	40
4.4	Interview 4: „I don‘t imagine that the place I call to complain will be willing to support me in English.“	42
4.5	Interview 6: „Ich hab‘ irgendwann vor ein paar Jahren beschlossen, ich geh nicht mehr in die Klinik.“	43
4.6	Interviewfragmente.....	44
5	Ergebnisse: Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren	46
5.1	Anlässe, sich tatsächlich zu beschweren.....	46
5.2	Verhinderte Anlässe, sich zu beschweren.....	47
5.3	Unzufriedenheiten, die kein Anlass zur Beschwerde werden	49
5.4	Folgen einer Beschwerde	51
5.5	Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Voraussetzungen.....	57
6	Diskussion: Fragen von Gesundheit und Macht	70
6.1	Gesundheit, Krankheit und die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Das Salutogenese-Modell.....	70
6.2	Empowerment und Beschweren	79

6.3	Beschwerden und Stigma.....	83
6.4	Beschwerden und Macht.....	97
6.5	Möglichkeiten und Unmöglichkeiten des Beschwerens	112
7	Und nun? Ein Ausblick	116
7.1	Limitationen	116
7.2	Weitere Forschungsinteressen	116
	Literaturverzeichnis.....	118
A	Anhang	A1
A.1	Interview-Leitfaden: Psychiatrie-Erfahrene	A1
A.2	Interview-Leitfaden: Ergänzungen Expert*innen-Interviews	A4
A.3	Interview-Leitfaden: Ergänzungen Betroffeneninterview	A5
A.4	Transkriptionsregeln.....	A6
A.5	Domänen von Stigmatisierung.....	A7

1 Einleitung

Im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem sollen Menschen mit psychiatrischen Störungen Hilfe und Unterstützung erfahren. Gleichwohl können sie sich unter Umständen auch als den Helfenden ausgeliefert erleben. Dies umso mehr, als dass die Behandlung mit Übergriffen einhergehen kann: Sprachliche Zuschreibungen können verletzen, Hilfsgesuche ungehört verhallen, Hilfsangebote die Selbstbestimmung der Betroffenen einschränken. Medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen ist üblich, aber umstritten; in Krisensituationen können Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden und insbesondere im stationären Bereich berichten Betroffene und Angehörige, aber auch Mitarbeiter*innen teils über erschütternde Zustände (z. B. Stolz et al., 2015).

Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich einen ersten Einblick ins Feld gewinnen und einen Eindruck davon erhalten, was Psychiatrie-Erfahrene erleben und welchen Sinn sie den Ereignissen geben. Dabei ist es mir wichtig, den Betroffenen Gehör zu verschaffen und ihre Stimme in den Mittelpunkt zu rücken.

Ich untersuche die Frage: Wie erleben Psychiatrie-Erfahrene die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren? Worüber wollen sie sich beschweren, welche Hürden haben sie zu überwinden und an welchen Hürden scheitern sie? Und: worüber beschweren sie sich nicht?

Die folgende Arbeit liefert zunächst einen Überblick über verwendete theoretische Bezüge. Dann folgen Methodik und eine Zusammenfassung der geführten Interviews. Danach diskutiere ich das Interviewmaterial vor dem Hintergrund der eingeführten Theorien und schließe einige Überlegungen zur Ausgestaltung von Beschwerdestellen an, bevor ich zum Schluss die Ergebnisse zusammenfasse.

2 Theoretische Bezüge

Zunächst eine Vorbemerkung. Begriffe sind machtvoll, hinter Begriffen stehen Konzepte. Begriffe können stigmatisieren oder empoweren, objektivieren oder subjektiveren. Daher strebe ich eine sorgfältige Wahl meiner Worte an, auch wenn die mir zur Verfügung stehenden Begriffe mir manches Mal unzulänglich erscheinen.

Hinter dem Begriff einer psychischen Erkrankung steht ein biomedizinisches Bild einer gestörten Organfunktion. Der Begriff der Störung weist darüber hinaus und begreift die Individuen als Subjekte in soziale Kontexte eingebettet. Der Begriff wird im amtlichen Diagnose-schema ICD-10 genutzt. Ich verwende den Begriff im Bewusstsein dessen, dass er eine stigmatisierende Konnotation des gestört-Seins hat und diagnostische Zuschreibungen Macht ausdrücken.

Selbsthilfe-Gruppen bezeichnen sich oft als Psychiatrie-Erfahrene oder Psychiatrie-Betroffene, mitunter auch als Überlebende. Dabei scheint synonym von Erfahrenen und Betroffenen gesprochen zu werden (Psychiatrienetz, 2020), wobei der Begriff der Betroffenen ursprünglich emanzipatorisch gedeutet wurde, was allerdings über die Jahre verloren gegangen zu sein scheint (Wagner, 2017). Heute klingt bei „Betroffenen“ Betroffenheit und eine stärker passivierte Position mit, wie Quindel anhand einer Diskussion dieser Frage im Berliner Weglaufhaus¹ illustriert: „Wer gilt als ‚betroffen‘? Ist das eine besondere Auszeichnung? Ist ‚betroffen sein‘ nicht eine zu passive Beschreibung? Paßt [sic] ‚Erfahrene‘, ‚NutzerInnen‘, ‚Überlebende‘ als Bezeichnung besser?“ (Quindel, 2000, S. 26) Ich verwende in der vorliegenden Arbeit überwiegend den Begriff der „Psychiatrie-Erfahrenen“, weil er eine Erfahrung (die in ihrer Deutung noch offen bleibt) und eine Subjektposition impliziert, die diese Erfahrung angeeignet kann.

Darüber hinaus möchte ich für die vorliegende Arbeit die Bemerkung Klaus Dörners aufgreifen, von „Bewohner*innen“ zu sprechen sei „bei Strafe zu verbieten“ (Dörner, 2004a, S. 24), weil niemand darauf reduziert werden dürfe, dass sie*er irgendwo wohnt. Daher bezeichne ich diejenigen Menschen, die beispielsweise in einer Einrichtung des ambulant betreuten Wohnens leben, als Nutzer*innen dieser Einrichtung.

Um die Erfahrungen der Interview-Partner*innen zu verstehen und die Interviews zu analysieren, verfolge ich zwei grundlegende theoretische Stränge. Erstens wird mithilfe des Salutogenese-Modells von Aaron Antonovsky (Bengel et al., 2001) sichtbar, welche Rolle es im Recovery²-Prozess spielen kann, ob man erlebten Missständen im Rahmen einer Beschwerde entgegentreten kann – oder auch nicht. Hier zeigen sich Voraussetzungen und Folgen der (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren. Um von dieser individuellen Perspektive den Blick zu

¹ Das Berliner Weglaufhaus ist eine antipsychiatrische Einrichtung, wohnungslose psychiatrisierte Menschen finden hier eine Unterkunft abseits von therapeutischen Anforderungen.

² Recovery ist ein Konzept, in dem das Wiedererlangen von Gesundheit im Fokus steht. Amering und Schmolke (2012, S. 34) definieren, „dass es bei Recovery um die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben innerhalb der Gesellschaft geht.“ Diese Entwicklung wird als prozesshaft beschrieben, wobei das Ziel nicht zwangsläufig eine „Rückkehr zum Normalzustand“ (ebd., S. 27) ist, sondern ein Leben mit Symptomen der Krankheit und Behinderungen im Alltag sein kann, aber aus der Auseinandersetzung mit der Erkrankung durchaus auch ein Gewinn darüber hinaus gezogen werden kann (ebd., S. 27). Es finden sich bei diesem Konzept Anknüpfungspunkte sowohl für Salutogenese als auch für Empowerment.

weiten auf strukturelle Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren, beziehe ich zunächst Ansätze von Empowerment und darüber hinaus Stigmatisierungs- und Machttheorien mit ein.

2.1 Stigma

Erving Goffman prägte in den 1960-er Jahren den Begriff Stigma, um zu beschreiben, wie Menschen aufgrund von zugeschriebenen oder sichtbaren Eigenschaften ausgegrenzt und diskriminiert werden. Dabei liegt das Diskreditierende nicht in der Natur der Eigenschaft, sondern in der Beziehung der Menschen zueinander begründet. (Goffman, 2018b, S. 11) Unter diese diskreditierenden Eigenschaften fasste Goffman körperliche Abweichungen, also Erkrankungen und Behinderungen, aber auch psychische Erkrankungen, sexuell abweichende Identität, politische Ansichten oder Arbeitslosigkeit und soziale Zuschreibungen wie Klasse, „Rassen“-zugehörigkeit und Nationalität (ebd., S. 12–13). Aufgrund solcher Eigenschaften sind stigmatisierte Personen im individuellen Kontakt und auf gesellschaftlicher Ebene Diskriminierungen ausgesetzt, „durch die wir ihre Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren“ (ebd., S. 13–14). Beispielsweise ist es für Psychiatrie-Erfahrene oft schwerer, eine Wohnung oder eine Arbeitsstelle zu finden, wenn ihre Diagnose potentiellen Arbeitgeber*innen oder Vermieter*innen bekannt wird. Diese Stigmata und das Wissen um ihre gesellschaftliche Ächtung, so Goffman, beschädigen die soziale Identität der Stigmatisierten (ebd., S. 30). Sie erleben sich als minderwertig oder ausgeschlossen.

Der tatsächlichen Diskriminierung sind zwei weitere Ebenen der Stigmatisierung vorgelagert. Zunächst finden sich auf kognitiver Ebene Stereotype, beispielsweise: „Schizophrene sind gefährlich“. Die bloße Kenntnis eines solchen Stereotyps bedeutet allerdings nicht, dass man diesem auch zustimmt. Diesen wertenden Charakter nehmen Vorurteile an, die dann eine emotionale Komponente (oft Angst oder Ärger) entwickeln können. Die tatsächliche Diskriminierung als dritte Ebene ist dann die Verhaltensebene. Hierunter fällt beispielsweise ein Vermeiden von Kontakt (z. B. bei Angst) oder feindseliges Verhalten (z. B. bei Ärger) (Thornicroft et al., 2007, S. 193; Corrigan & Watson, 2002, S. 37).

Diese drei Ebenen finden sich wiederum jeweils in drei Interaktionsfeldern wieder: Eine Person kann strukturell stigmatisiert werden (wenn z. B. eine Verbeamtung abgelehnt wird, weil ein*e Bewerber*in eine Psychotherapie absolviert hat). Sie kann von anderen stigmatisiert werden (beispielsweise, wenn jemand ein Rendezvous abbricht, weil sie*er von der Borderline-Diagnose der*des Gegenübers erfährt). Von hoher Relevanz für Psychiatrie-Erfahrene ist die Selbststigmatisierung (Goffman, 2018a, S. 48), beispielsweise von der eigenen Minderwertigkeit überzeugt zu sein³. Die Folge einer solchen Selbststigmatisierung kann ein reduziertes Selbstwertgefühl und eine reduzierte Selbstwirksamkeit sein, oft mit negativen Folgen für Lebensziele und -zufriedenheit (Corrigan & Watson, 2002). Dabei weist Knuf (2005) auf die dialektische Verquickung von Fremd- und Selbststigmatisierung hin: Primär ist grundsätzlich das Fremdstigma, das die betroffene Person übernimmt und auf sich selbst anwendet. Gleichzeitig macht die Selbststigmatisierung überhaupt erst anfällig dafür, die Stigmatisierung durch andere zuzulassen und nicht als ungerechtfertigt zurückzuweisen. Empfindet die stigmatisierte Person das Stigma nämlich als ungerecht, ist auch ein gegenteiliger Effekt möglich: Eine

³ Diese Selbststigmatisierung kann als Mechanismus verstanden werden, wie ein Dispositiv (vgl. Abschnitt 2.2, S. 8) wirkt, indem die betreffende Person die herrschenden Normalitäten inkorporiert.

Indifferenz oder berechtigte Empörung („*righteous anger*“) (Corrigan & Watson, 2002). Die psychiatrische Forschung geht insgesamt trotzdem davon aus, dass sich Selbststigmatisierung negativ auf Recovery-Prozesse auswirkt (Oexle et al., 2018).

2.1.1 Stigma als zweite Krankheit

Um abschätzen zu können, in welchem Maße Menschen mit psychischer Störung gesellschaftliche Teilhabe realisieren können, wurde die BAESCAP-Studie durchgeführt⁴. Dazu wurden Menschen befragt, deren psychische Störung als gravierend eingeschätzt wurde⁵ (Heim, 2020, S. 33).

Die Studie ergab, dass Menschen mit einer psychischen Störung deutlich seltener (24 %) in Partnerschaften leben als der Durchschnitt der Bevölkerung (80 %, Sozioökonomisches Panel, SOEP). Sie haben ein deutlich reduziertes soziales Netz und ein niedrigeres Bildungsniveau. Während zwei Drittel der Durchschnittsbevölkerung einer Erwerbsarbeit nachgehen, sind es unter den Befragten nur 40 % – wobei eine geschützte Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen als Erwerbsarbeit mit einbezogen wurde (ebd., S. 44–49).

Rund die Hälfte der für BAESCAP Befragten hat bereits Erfahrungen mit Stigmatisierung gemacht oder erwartet, für ihre psychische Erkrankung stigmatisiert zu werden. Dabei stellte sich heraus, dass Stigmatisierung um so häufiger erlebt (und in der Folge auch antizipiert) wurde, je schlechter das soziale Umfeld der Betroffenen war. Und: Je mehr Stigma-Erfahrungen eine Person gesammelt hat, desto wahrscheinlicher bewertet sie ihre Lebenssituation insgesamt kritisch (ebd., S. 79–82). Menschen mit psychischen Störungen im Bezug von Eingliederungshilfe sind also relevant von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen.

Im Zusammenhang mit Stigmatisierung Psychose-erfahrener Menschen⁶ spricht Asmus Finzen von einer „zweiten Krankheit [...]. Seine Bewältigung [...] wird somit zur selbstverständlichen Aufgabe bei der Behandlung Psychosekranker“ (Finzen, 2013, S. 18). Dabei können die Auswirkungen der Stigmatisierung diejenigen der ursprünglichen Erkrankung durchaus übertreffen (Thorncroft et al., 2007), auch die Nebenwirkungen einer psychiatrischen (medikamentösen) Behandlung können stärker stigmatisierend wirken als die Erkrankung selbst (Sartorius, 2002, S. 1471). Nach Amering & Schmolke, 2012, S. 225 erschwert Stigmatisierung den Zugang zum Hilfesystem und die Behandlung für Betroffene wie Angehörige: „Stigmatisierung ist eines der großen Hindernisse für Recovery“ (ebd., S. 225).

Dabei können Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems Psychiatrie-Erfahrenen helfen, die Folgen der Stigmatisierung zu überwinden. Oft genug ist das Versorgungssystem jedoch Teil des Problems:

⁴ Die BAESCAP-Studie (Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern et al., 2018) ist leider aufgrund der Bibliotheksschließungen nicht verfügbar gewesen.

⁵ Einschlusskriterium war der Bezug von Eingliederungshilfe, die Wohnform war dabei nicht von Belang.

⁶ Finzen betrachtet Stigmatisierung vor allem im Hinblick auf die Diagnose Psychose/Schizophrenie. Der Effekt unterscheidet sich je nach Diagnose (Angermeyer und Matschinger, 2003), trotzdem ist eine psychische Störung nach wie vor eine diskreditierende Eigenschaft im Sinne Goffmans (vgl. Kardorff, 2009, 44, Anmerkung 24).

Eine Psychiatrie, die Diagnosen und Behandlungsstandards schematisch zuordnet, die sich auf ihre medizinische Fremdsprache beschränkt und Symptome ausschließlich wie Fremdkörper bekämpft, [...] widerspricht damit nicht nur modernen Erkenntnissen, sondern betreibt auch Stigmatisierung, weil sie Fremdheit auf allen Ebenen verstärkt statt sie zu mindern (Bock, 2005a, S. 66).

Angermeyer et al. (2003) untersuchten Stigmatisierungen von Angehörigen Psychiatrie-Erfahrener⁷. Sie fanden vier Domänen (*domains*), die im Wesentlichen auch auf Psychiatrie-Erfahrene selbst übertragen werden können: Zwischenmenschliche Interaktion, strukturelle Diskriminierung, öffentliche Bilder von psychischen Erkrankungen und den Zugang zu sozialen Rollen (vgl. Anhang A.5, S. A7). Sie differenzieren diese Domänen weiter aus (ebd., S. 595) und liefern damit ein Schema für die Auswertung der vorliegenden Interviews. Allerdings unterscheiden sich die in den Interviews identifizierten Kategorien von denen der Veröffentlichung, so dass die Struktur der Stigmatisierung erweitert und ergänzt wird (vgl. Abschnitt 6.3).

2.1.2 Was hat Stigma mit Beschwerden zu tun?

Individuelle oder strukturelle Stigmatisierung könnte einerseits der Anlass einer Beschwerde werden. Andererseits können Betroffene auch im Prozess einer Beschwerde Stigmatisierung (auch hier individuell oder strukturell) erfahren. Eine (individuelle oder strukturelle) Stigmatisierungserwartung oder aber Mechanismen der Selbststigmatisierung können eine Person daran hindern, eine Beschwerde überhaupt erst anzustreben. Insofern kann Stigmatisierung auf verschiedenen Wegen zur Unmöglichkeit, sich zu beschweren, beitragen.

Hinzu kommt, dass andere stigmatisierbare Eigenschaften (z. B. Wohnungslosigkeit, Migrationshintergrund, etc.) verstärkend (und nicht einfach additiv) auf Diskriminierungserfahrungen wirken (Lutz et al., 2010), was allerdings in der vorliegenden Untersuchung nicht weiter verfolgt wird.

2.2 Macht

Goffmans Stigma-Theorie beleuchtet auf der Handlungsebene, wie Stigmatisierung in der Interaktion entsteht. Betrachtet er noch, vor dem Hintergrund welcher gesellschaftlichen Werte Individuen wann und wie andere stigmatisieren (Goffman, 2018b, S. 45–55), so beschäftigt ihn nicht die Frage, wie die Zuschreibung in „normal“ und „stigmatisierbar“ entsteht (Waldschmidt, 2011, S. 93). Hier knüpfe ich, Waldschmitt (2011) folgend, mit Foucault (vgl. Kapitel 2.2) an, um die Konstruktion der Normalität als Ausdruck von Macht zu verstehen. Wirksame Diskriminierung kann sich nur innerhalb eines Machtgefälles entfalten. Daher ist es notwendig, diese Machtstrukturen zu betrachten:

Das herrschende Machtdispositiv bestimmt dabei, wer als psychisch krank gilt und wie mit einer solchen Person zu verfahren ist. Dieses Wissen zur sozial geteilten Vorstellung von psychischer Erkrankung wirkt in unbewusste Verhaltensweisen der Menschen hinein. Das Wissen reproduziert sich, wenn Menschen gemäß diesen Vorstellungen mit anderen interagieren.

⁷ Der Effekt, dass der Kontakt mit stigmatisierten Personen selbst als diskreditierend gewertet wird, heißt bei Goffman *stigma by courtesy* und in der deutschen Übertragung von Frigga Haug *Ehrenstigma* (Goffman, 2018b, S. 43). Finzen (2013, S. 52) weist darauf hin, dass dieser Begriff wenig zum Verständnis beiträgt und verwendet stattdessen die Bezeichnung „Sippenhaft“.

Diese Herangehensweise ermöglicht es, hinter jeder auf der Handlungsebene beobachteten Stigmatisierungs-Erfahrung eine Äußerung von Macht zu rekonstruieren.

Um den Einfluss von Macht zu untersuchen, der im Rahmen von Institutionen der Psychiatrie und des Hilfesystems auf Psychiatrie-erfahrene Menschen wirkt, bietet sich das Instrumentarium von Foucaults Machtanalysen an, aber auch Goffmans Konzept der totalen Institution. Darüber hinaus werden Zwang in psychiatrischen Einrichtungen und Strategien von Gegenmacht untersucht.

2.2.1 Michel Foucault

Michel Foucault hat in seinem umfangreichen und fragmentarischen Werk keine Theorie der Macht geliefert, seine Genealogie der Macht sollte vielmehr analysieren. Dabei ändern sich die Begriffe von Macht durchaus über sein Schaffen hinweg (Polat, 2011). Im Folgenden soll versucht werden, verschiedene Formen von Macht in der Analyse von Foucault zu beschreiben. Dabei werde ich eine Dreiteilung vornehmen: Die souveräne Macht operiert exkludierend über Ge- und Verbote, die Disziplinarmacht setzt Normen und wird produktiv, und die Gouvernamentalität als Selbstmanagement.

Souveräne Macht: Verbotende Macht

Die genealogisch älteste Machtform, wie Foucault sie beschreibt, ist die souveräne Macht, auch juristische Macht genannt. Ihre Mittel sind Ausschluss, Verbot und Strafe, und sie ist auf einen Souverän ausgerichtet (ebd., S. 25). Souveräne Macht unterwirft die Körper der Beherrschten und bedarf dazu nicht dessen Zustimmung. In der Vorlesungsreihe „Die Macht der Psychiatrie“ (1973–74) weist er diesen Machttypus in psychiatrischen Anstalten nach⁸. Zentral im Machtgeflecht sieht er dort den Arzt als Souverän (ebd., S. 64). Dabei wird Repression gegenüber den Patient*innen als Heilung vertreten, gestützt auf das (Herrschafts-)Wissen des Psychiaters (ebd., S. 66). In dieser Analyse weist Foucault den Patient*innen eine Rolle als „hilflozes Wesen“ (ebd., S. 66) zu, das „in Gegenwart der absoluten Macht des Arztes keinerlei Widerstandsmöglichkeiten hat“ (ebd., S. 67). Diese Perspektive greift dort zu kurz, wo sie den Patient*innen ihre Subjektivität abspricht. Allerdings wird Goffmans Analyse von totalen Institutionen und ihren Wirkungen auf die Insassen zeigen, dass ein Mensch mit „beschädigter Identität“ passiver agiert (vgl. Abschnitt 2.2.2, S. 8f). Moderne Gesellschaften könnten nicht funktionieren, wenn sie sich ausschließlich auf diesen Machttypus stützten. Souveräne Macht entfaltet keine produktive Wirkung.

Disziplinarmacht: Produktive Macht

Die Disziplinarmacht wirkt produktiv und inklusiv, indem sie Normen setzt, differenziert und Kategorien bildet. Damit schafft sie soziale Wirklichkeit (ebd., S. 31). Ihre Methoden entsprechen einer Dressur, Bewegungen werden vorgeschrieben, überwacht, normierend sanktioniert und überprüft (Kneer, 2012, S. 271–272). Damit wirkt sie nicht *auf* den menschlichen

⁸ Die Psychiatrie-Enquête, die die Missstände in deutschen psychiatrischen Einrichtungen anprangerte, veröffentlichte ihren Bericht erst ein Jahr später im September 1975. Die von Foucault in seiner Vorlesungsreihe benannten Zustände und Machtstrukturen können also nicht ohne Weiteres auf heutige Zustände übertragen werden, die Untersuchung wird allerdings zeigen, dass sie auch nicht einfach von der Hand zu weisen sind.

Körper ein, sondern *durch* den menschlichen Körper „bis zu ihren Gesten, bis zu ihren Einstellungen, bis zu ihren tagtäglichen Verhaltensweisen“ (Foucault, 1978, S. 42–43) Damit ist sie „sehr viel wirksamer und sehr viel weniger kostspielig (ökonomisch gesehen mit geringeren Kosten verbunden, weniger ungewiss in ihrem Ergebnis, mit geringeren Möglichkeiten, zu entkommen und Widerstand zu leisten)“ (ebd., S. 35–36) als die souveräne, verbietende Macht – kommt aber nicht ohne die Zustimmung der Unterworfenen aus. Die Disziplinarmacht ist „intentional und zugleich nicht-subjektiv“ (Kneer, 2012, S. 273): Im Gegensatz zur souveränen Macht ist sie nicht mehr an bestimmte Akteure gebunden, gleichwohl lassen sich in den Mechanismen der Macht Pläne und Absichten ausmachen. Während sich im Wirkungsbereich der souveränen Macht noch machtfreie Räume finden, ist die produktive Macht ubiquitär. Foucault versteht Machtverhältnisse als den sozialen Beziehungen der Menschen nicht äußerlich: Sie durchziehen jede Beziehung und jede Interaktion (Polat, 2011, S. 41–42). Damit gibt es keinen machtfreien Raum in einer Gesellschaft (Kneer, 2012, S. 268).

Perfekt verwirklicht sieht Foucault diesen Machttyp im Panopticon, einem (tatsächlich nie realisierten) Gefängnis, in dem ein einziger Aufseher im Zentrum des Gebäudes sämtliche darum angeordneten Zellen überwachen kann – ohne, dass die Insassen wissen, ob sie aktuell überwacht wurden oder nicht. Allein die *Möglichkeit*, überwacht zu werden, würde die Insassen disziplinieren⁹ (ebd., S. 272).

Disziplinarmacht wirkt, wenn Gesundheit und Krankheit definiert werden. Die Diagnose kategorisiert, indem Menschen als Patient*innen den zugeordnet werden (Polat, 2011, S. 67–69). In der Konsultation der Behandler*innen werden die als Patient*innen markierten Menschen kontrolliert, sowohl in ihrer Symptomatik als auch in ihrem Verhalten – ihrer Therapietreue. Gleichzeitig wirkt die Macht inklusiv, sie schließt Menschen in die Diagnose ein, und produktiv: Der Einschluss in die Diagnose löst eine Therapie aus, als deren Ziel die Patient*innen im besten Fall als „geheilt“ wieder ihren Platz in der Gesellschaft einnehmen dürfen – oder aber Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen und damit ihren Platz im psycho-sozialen Hilfesystem finden. Damit bedarf die Psychiatrie auch nicht mehr zwangsläufig der Mauern und geschlossenen Türen (vgl. Waldschmidt, 2011, S. 94–96).

Gouvernementalität: Selbst-Management

Als Gouvernementalität bezeichnet Foucault einen Machttyp, der von Disziplinierungs- und Normalisierungspraktiken ausgehend darüber hinausführt (Kneer, 2012, S. 280). Während Disziplinarmacht den Körper von außen formt und überwachend wirkt, wirkt Gouvernementalität regierend als Selbst-Management: Eine Person, die sich über Selbsttechnologien formt, braucht keine hierarchische Überwachung. Damit werden Machtmechanismen unsichtbar, die Machtverhältnisse verlegen sich ins Innere der Menschen, aus dem zu disziplinierenden Subjekt wird das unternehmerische Selbst – wie beispielsweise beim Imperativ der Selbstoptimierung, dem viele Menschen (teils unter Einsatz von viel Zeit und Geld) mit Meditation und Fitness-Tracker nachkommen (Kardorff, 2016).

In der vorliegenden Untersuchung wird sich in der Analyse des empirischen Materials zeigen, dass im Erleben der Betroffenen durchaus alle drei Machttypen zu finden sind: Die souveräne Macht in Form von Zwang, der durchaus nicht nur bei Selbst- und Fremdgefährdung

⁹ An dieser Stelle trägt das Konzept von Foucault Züge einer totalen Institution nach Goffman.

etabliert wird, und die produktive Disziplinarmacht in Form von Normen, Kategorien, Strukturen und Abläufen, aber auch Gouvernamentalität als Selbstzuschreibungen und Selbststigmatisierungen durch die Übernahme der Diagnose durch die Psychiatrie-Erfahrenen.

Verhältnis von Macht und Wissen

Bevor ich näher darauf eingehe, wie Foucault das Verhältnis von Macht und Wissen fasst, soll der Begriff des Dispositivs eingeführt werden: Foucault (1977, S. 392f.) fasst darunter

erstens eine entschieden heterogene Gesamtheit, bestehend aus Diskursen, Institutionen, architektonischen Einrichtungen, reglementierenden Entscheidungen, Gesetzen, administrativen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Lehrsätzen, kurz Gesagtes ebenso wie Ungesagtes [...] Das Dispositiv selbst ist das Netz, das man zwischen diesen Elementen herstellen kann. – Zweitens ist das, was ich im Dispositiv festhalten möchte, gerade die Natur der Verbindung, die zwischen diesen heterogenen Elementen bestehen kann. [...] Drittens verstehe ich unter Dispositiv eine Art – sagen wir – Gebilde, das zu einem historisch gegebenen Zeitpunkt vor allem die Funktion hat, einer dringenden Anforderung nachzukommen. Das Dispositiv hat also eine dominante strategische Funktion. (zit. n. Anhorn & Balzereit, 2016, 16, Anmerkung 11)

Wissen als Teil dieses Dispositivs kann damit in Foucaults Wissen nie unabhängig von Macht gedacht werden: „Keine Macht ohne Wissen und kein Wissen ohne Macht“ (Kneer, 2012, S. 269). Macht und Wissen vereinigen sich in ihrer gegenseitigen Durchdringung zu einem Macht-Wissen-Komplex (Polat, 2011, S. 37): Macht bringt Wissen hervor, Wissen rekonstruiert Macht.

Das gilt für gesellschaftlich geteiltes Wissen, das das Sagbare vom Unsagbaren scheidet: „Machtverhältnisse [treten, M.P.] dort zutage, wo ein bestimmtes Wissen von der Allgemeinheit unterdrückt und verurteilt wird“ (ebd., S. 36). Herrschend ist in diesem Sinne das medizinische Wissen um Diagnosen und Behandlungen sowie die Zuschreibung einer Person als psychisch krank. Zu den „unterworfenen Wissensarten“ gehört dagegen das Wissen und die Eigensinnigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen – Polat zufolge gleichzeitig eine Quelle von Kritik und potentiellm Widerstand (ebd., S. 34–35), wie sich in antipsychiatrischen oder Selbsthilfebewegungen gezeigt hat.

Das gilt aber auch für Wissen *über* Menschen. Ob im psychiatrischen oder im psychosozialen Hilfesystem, wer als Patient*in, Klient*in oder Nutzer*in ins System gerät, über den wird Wissen produziert und in einer Akte festgehalten. Auf Grundlage dieses Wissens wird die betreffende Person kontrolliert und überwacht, aber auch diagnostiziert, behandelt, unterstützt oder als geheilt entlassen.

2.2.2 Erving Goffman: Totale Institutionen

Zwengel (2012, S. 285–287) führt eine Reihe von Autor*innen an, die Goffman bescheinigen, keine eigene Machttheorie entwickelt zu haben. Nichtsdestoweniger scheint Macht in Goffmans Werk an verschiedenen Stellen auf, neben Stigma (Goffman, 2018b) vor allem in seinem Werk *Asyle* (Goffman, 2018a), in dem er sich von ihm so klassifizierten „totalen Institutionen“ auseinandersetzt.

Als totale Institution fasst Goffman idealtypisch eine „Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen [...], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft

abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“ (ebd., S. 11) Als Beispiele nennt er Einrichtungen der Fürsorge, Gefängnisse, Kasernen oder auch Klöster (ebd., S. 16). Eine große Gruppe von Menschen – Goffman nennt sie die Insassen – steht dabei einer kleineren Gruppe von Menschen, dem Aufsichtspersonal, gegenüber: Während erstere in der Institution leben, dem Tagesablauf dort unterworfen und von der Außenwelt isoliert sind, verbringen zweitere ihren Arbeitstag in der Institution und kehren in die Außenwelt zurück, in der sie den Rest ihrer Zeit als Mitglieder der Gesellschaft verbringen (ebd., S. 18). Die Insassen sind nach Goffman den Regeln der Institution unterworfen, die oft sehr weit in den Intimbereich der Menschen eindringen und häufig zunächst mit Verlusten und Demütigungen einhergehen. Persönliche Habe wird abgenommen oder stark reglementiert; was die Insassen benötigen, wird ihnen durch die Institution zur Verfügung gestellt. Wenn beispielsweise Genussmittel wie Schokolade oder Zigaretten zugeteilt werden oder nur schwer zu beschaffen sind, dann sind die Insassen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf das Personal angewiesen. Außerdem findet systematisch eine Verletzung der Intimsphäre statt: Einerseits fehlen Rückzugsräume, andererseits werden Informationen über Vorleben der Insassen und ihr Leben in der Anstalt gesammelt und in Akten geführt – und können eine entscheidende Rolle bei Diagnosen, aber auch Entscheidungen über eine weitere Behandlung oder Entlassung spielen. Außerdem können sich die Insassen ihrer körperlichen Unversehrtheit nicht sicher fühlen: Sie sind der Institution und dem Personal ausgeliefert, können Fixierungen oder Zwangsmedikation erfahren und erleben das teils bei ihren Mitpatient*innen. Auch die Sozialkontakte der Insassen werden durch die Anstalt kontrolliert, sei es, ob Besuch empfangen werden kann oder über die Nutzung von Mobiltelefonen. Dieser Autonomieverlust beschädigt nach Goffman ihre Identität (ebd., S. 25–42). Die Strukturen der Institution und das Verhalten des Personals sorgen dafür, dass die Insassen ihr Selbstbild von der Institution übernehmen (Zwengel, 2012, S. 289)¹⁰.

Hier liegt offen zutage, dass Insassen und Personal zueinander in einer machtförmigen Beziehung stehen: Augenscheinlich übt das Personal Macht aus, der die Insassen unterworfen sind. Gleichwohl entwickeln Insassen totaler Institutionen Gegenstrategien, die Goffman als sekundäre Anpassung oder *underlife* (Goffman, 2018a, S. 185–194) beschreibt. Sie entwickeln eine Gegenmacht, die in ihrer Struktur jedoch immer noch von der Struktur der totalen Institution geprägt ist.

Sind psychiatrische Einrichtungen totale Institutionen? Goffman (2018a, S. 17) weist darauf hin, dass keine totale Institution alle Merkmale gleichzeitig vereint, gleichzeitig können auch andere Institutionen totale Züge tragen. Insofern ist die Frage eher dahingehend zu stellen, *in welchem Ausmaß* eine psychiatrische oder psychosoziale Einrichtung totale Züge trägt. Strukturell sprechen geschlossene Unterbringung und die Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen¹¹ eher dafür, dass eine Einrichtung totale Züge trägt. Die vorliegende Untersuchung wird zeigen, dass das in hohem Maße auf den Einzelfall ankommt.

¹⁰ Klaus Dörner illustriert das anhand von Menschen, deren Identität durch eine totale Institution oder Hospitalisierung geschädigt ist: Ihre Selbstbestimmung vermag nicht mehr, über die Institution hinauszuverweisen. Die Menschen im von ihm geleiteten Wohnheim konnten sich nicht vorstellen und trauten sich nicht zu, allein in einer eigenen Wohnung zu leben. Jahre später haben viele von ihnen genau das geschafft und sind damit sehr glücklich (Dörner, 2004b, S. 242–243).

¹¹ Zur Unterscheidung vgl. Pollmächer (2015, S. 1153, Abbildung 2).

2.2.3 Macht und Zwang im Kontext von Psychiatrie und Hilfe

Das psychiatrische Versorgungssystem hat, ähnlich wie die Soziale Arbeit, ein Doppelmandat (Bruns et al., 2015, 106ff.; Pollmächer, 2015; Müller et al., 2013): Die Behandlung von Menschen, denen psychische Störungen diagnostiziert werden, findet sich im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle: Einerseits haben Ärzt*innen, Pfleger*innen und Sozialarbeiter*innen den Auftrag gegenüber den Betroffenen, ihnen zu helfen, gleichzeitig haben sie den Auftrag der Gesellschaft, andere Mitglieder der Gesellschaft vor den Betroffenen zu schützen. Zu diesem Machtgefälle im Verhältnis zu ihren Patient*innen positionieren sich die Vertreter*innen des Fachs unterschiedlich: Während Pollmächer (2015) den Kontrollauftrag für unvereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos ablehnt, akzeptieren andere Fachkolleg*innen den ordnungspolitischen Auftrag (Bruns et al., 2015; Müller et al., 2013)¹². Aber auch das „reine“ Hilfemandat ist nicht machtfrei zu verstehen (vgl. Müller, 2012), sondern eingebettet in ein wirkmächtiges Dispositiv, das prägt, wem in welcher Situation und wozu geholfen wird.

Auch für Menschen, denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, gilt grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung nach Art. 2 Grundgesetz (Marschner, 2015, S. 26). Eingriffe in die Grundrechte sind nur auf Grundlage von Gesetzen innerhalb sehr enger Grenzen möglich. Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst damit auch eine „Freiheit zur Krankheit“ (ebd., S. 29; Koller, 2014, S. 284; Henking & Mittag, 2015, S. 44).

Eine Zwangsbehandlung ist zwar auf Grundlage des Ordnungs- oder des Betreuungsrechts grundsätzlich zulässig, allerdings nur bei Einwilligungsunfähigkeit der betroffenen Person und in geschlossener Unterbringung: Ambulante Zwangsmaßnahmen sind grundsätzlich verboten (Henking & Mittag, 2015).

Mit Urteil vom 20.06.2012 entschied der Bundesgerichtshof, dass Zwangsbehandlungen psychisch kranker, nicht einwilligungsfähiger Personen verboten seien, weil dafür die Rechtsgrundlage fehle (Bundesgerichtshof, 2012). Mit Abstimmung vom 17.01.2013 wurde daraufhin vom Parlament eine neue Rechtsgrundlage geschaffen, die am folgenden Tag in Kraft trat, (Deutscher Bundestag, 2013b). Damit endete ein etwa halbjähriger Zeitraum, in dem Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie grundsätzlich verboten waren. Seitdem ist die Anwendung von Zwang wieder erlaubt, die Grenzen dazu wurden jedoch noch einmal enger gesteckt. Es bedarf neben der erwähnten stationären Unterbringung und der mangelnden Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit auch der Einschätzung, dass die Maßnahme dem Wohl der betroffenen Person dient (es muss ohne die Zwangsbehandlung ein erheblicher gesundheitlicher Schaden drohen, der anderweitig nicht verhindert werden kann). Auch die Wahl des mildest möglichen Mittels und die Erwartung, dass der Nutzen der Behandlung die möglichen Nachteile überwiegt, sind zwingende Voraussetzungen. Wurde die*der Patient*in dann zu überzeugen versucht, zuzustimmen, darf die Behandlung nach richterlicher Genehmigung zwangsweise erfolgen. (Vollmann, 2014, S. 614–615).

Amering und Schmolke (2012, S. 203f.) betonen allerdings: Ob eine Maßnahme als Zwang empfunden wird, hat nichts mit ihrem juristischen Status zu tun. 20–35 % derjenigen, die von Zwangsbehandlungen betroffen sind, erleben die Hilfe auch im Nachhinein noch als schädlich,

¹² Das Kontrollmandat unterscheidet damit die Psychiatrie grundlegend von anderen somatischen Fachrichtungen, die zwar ebenfalls einem Gesundheitsdispositiv unterliegen, aber kein Kontrollmandat ausüben. Hier findet sich eine Grundlage für Stigmatisierung von Psychiatrie-Erfahrenen.

und allein schon der Eindruck von Zwang stört die therapeutische Beziehung (ebd., S. 208–210) Wie Armgart et al. (2013) berichten, können Zwangsbehandlungen traumatisieren und sich negativ auf die Grunderkrankung auswirken. In der Wahrnehmung der Patient*innen werden sie mit Wut, Ärger, Verzweiflung und retrospektiv Hilflosigkeit in Verbindung gebracht¹³. Vor allem Patient*innen mit höherem Funktionsniveau bewerten die Zwangsmaßnahme negativ und nehmen sie als Eingriff in ihre Selbstbestimmung wahr. Aus Befragungen des Personals berichten die Autor*innen über die Wirkungen von Zwangsmaßnahmen: Das Personal erlebt die Integrität der Betroffenen als verletzt und beobachtet, dass Mitpatient*innen verunsichert werden (ebd., S. 280–282) – in guter Übereinstimmung mit den Befunden von Goffman für totale Institutionen (vgl. Abschnitt 2.2.2, S. 8).

2.2.4 Gegenmacht: Eigensinn, Empowerment und Beschwerden

Das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem sind Spielfelder von Macht. Psychiatrie-Erfahrene finden sich hier in einer schwierigen Subjektposition, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in sagbares Wissen zu überführen. Sie unterliegen Stigmatisierungen, ihre Erfahrungen können quer liegen zum Dispositiv von psychischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Wenn eine depressiv diagnostizierte Person den Leistungszwang der Gesellschaft kritisiert oder eine Psychose-Erfahrene Person sich über etwas beschwert, kann das allzu leicht als Symptom und für diese Diagnose typisch abgetan werden. Wenn eine Psychiatrie-erfahrene Person Hilfe annimmt, unterwirft sie sich damit gleichzeitig dem Dispositiv: Was gilt als behandlungsbedürftig? Welches Behandlungsziel wird angestrebt? Welches Verhalten hat die Person an den Tag zu legen? Damit konstituiert Hilfe ein Machtverhältnis.

Gleichwohl können auch strukturell unterlegene Personen Gegenmacht entwickeln. Schon Goffman beschrieb die Versuche, in totalen Institutionen Regeln zu brechen oder zu unterlaufen als *underlife* (Goffman, 2018a, S. 185–194). Aber auch an anderen Stellen findet sich Gegenmacht: Patient*innen, die sich gegenseitig aufklären, Psychiatrie-erfahrene Menschen, die ein eigenes Krankheitsverständnis gegen die Zuschreibung ihrer Diagnose entwickeln, Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen zusammenschließen, Menschen, die in *mad studies* ihr unterworfenen Wissen strukturieren, um es dem Dispositiv entgegenzusetzen, Psychiatrie-Erfahrene, die sich über erlebte Missstände beschwerten und in letzter Konsequenz auch Menschen, die sich der ihnen angetragenen Hilfe verweigern (Quindel & Pankofer, 2000, S. 37).

Die Reichweite dieser verschiedenen Formen von Gegenmacht ist dabei höchst unterschiedlich. So kann sich die Gegenmacht einer Person im Zwangskontext darauf reduzieren, nicht verrückt zu werden, während die Anti-Psychiatrie-Bewegung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland eine weitgehende Reform der Anstaltspsychiatrie erreichte¹⁴.

¹³ In weitaus geringerem Maße werden auch Gleichgültigkeit, Verständnis oder Erleichterung genannt. Gleichgültigkeit und Verständnis äußern nur schwerer erkrankte Patient*innen, und dann häufiger zum Befragungszeitpunkt. Erleichterung wird ausschließlich dem Zeitpunkt der Zwangsmaßnahme zugeordnet, zum Befragungszeitpunkt spielt diese Emotion keine Rolle mehr.

¹⁴ Dabei veränderte sich das Dispositiv von psychischer Gesundheit und die heutige Sozialpsychiatrie hat nicht mehr die dekonstruierenden und gesellschaftsverändernden Ansprüche der damaligen Antipsychiatrie. Gleichzeitig leistete diese Entwicklung einer weitreichenden Therapeutisierung Vorschub: Einerseits wird das Feld der behandlungsbedürftigen Störungen ausgeweitet, andererseits gilt mittlerweile auch das „Normale“ als mittels Psychotechniken verbesserungswürdig (Kardorff, 2016).

Empowerment ist ein Konzept, das die Gegenmacht quasi schon im Namen trägt. Im Abschnitt 2.4 diskutiere ich Gegenmacht im Rahmen des Empowerment-Konzeptes ausführlicher.

2.3 Salutogenese

Psychiatrie-Erfahrene sind als krank etikettiert. Darüber sind sie einerseits in verschiedenen Dimensionen aus der Gesellschaft ausgeschlossen, andererseits aber ins (psychiatrisch oder psycho-soziale) Gesundheitssystem eingeschlossen. Ihre Lebenswelt wird in Kategorien von „gesund“ und „krank“ beschrieben. Um einen Anschluss an diesen Diskurs zu bringen, untersuche ich die Interviews auch mit dem Modell der Salutogenese.

Aaron Antonovsky entwickelte dieses Modell¹⁵ in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zum im Gesundheitswesen vorherrschenden Modell der Pathogenese. Zentrale Fragestellung war für ihn nicht, was Menschen krank macht, sondern was sie gesund erhält. Er betrachtete Gesundheit und Krankheit nicht mehr als einander ausschließende Gegensätze, sondern als Kontinuum, wobei Gesundheit ein Zustand sei, der vom Individuum aktiv hergestellt werden müsse, aber nie ganz zu erreichen sei. Eine Stärke des Modells liegt in der Abkehr von einem defizitorientierten Blick und damit in der Orientierung auf Ressourcen, die zur Bewältigung von Stress und Krankheit mobilisiert werden können. Dazu werden Personen nicht als isolierte Patienten betrachtet, sondern mit ihrer Biographie als Subjekte in ihrem lebensweltlichen Kontext begriffen.

2.3.1 Das Modell der Salutogenese

Abbildung 1 zeigt ein Modell der Salutogenese (Bengel et al., 2001, S. 36). Zentral ist für Antonovsky das sogenannte Kohärenzgefühl. Es hat maßgeblichen Einfluss darauf, wie weit eine Person Widerstandsressourcen mobilisieren kann, um mit alltäglichen Belastungen umgehen zu können. Das Kohärenzgefühl selbst wird durch Lebenserfahrungen bestimmt (Pfeil A), die wiederum durch die generalisierten Widerstandsressourcen geprägt werden (Pfeil B): Diese Widerstandsressourcen haben also einen entscheidenden Einfluss darauf, welche Lebenserfahrungen ein Individuum macht. Beeinflusst werden sie von den Quellen generalisierter Widerstandsressourcen (Pfeil C). An dieser Stelle kommen neben Zufall und persönlichen Einstellungen auch die Lebensumstände ins Spiel, seien es kulturelle, soziale oder historische Bedingungen – von Kindererziehung bis zu sozialen Rollen. Das Kohärenzgefühl bestimmt, welche Widerstandsressourcen das Individuum einsetzen kann (Pfeil D). Erlebt das Individuum einen Stressor, gerät es in einen Spannungszustand. Die generalisierten Widerstandsressourcen können sowohl auf die Stressoren einwirken (Wird ein bestimmtes Ereignis als Stressor gewertet? Pfeil F), als auch den im Umgang mit dem auf Stressoren folgenden Spannungszustand beeinflussen (Pfeil G). Ist die folgende Spannungsbewältigung erfolgreich (Pfeil H), stärkt das den Kohärenzsinn. Das Individuum wird in seiner Gesundheit (*health ease*)

¹⁵ Die vorliegende Beschreibung des Salutogenese-Modells bezieht sich, wenn nicht anders angegeben, auf Bengel et al. (2001).

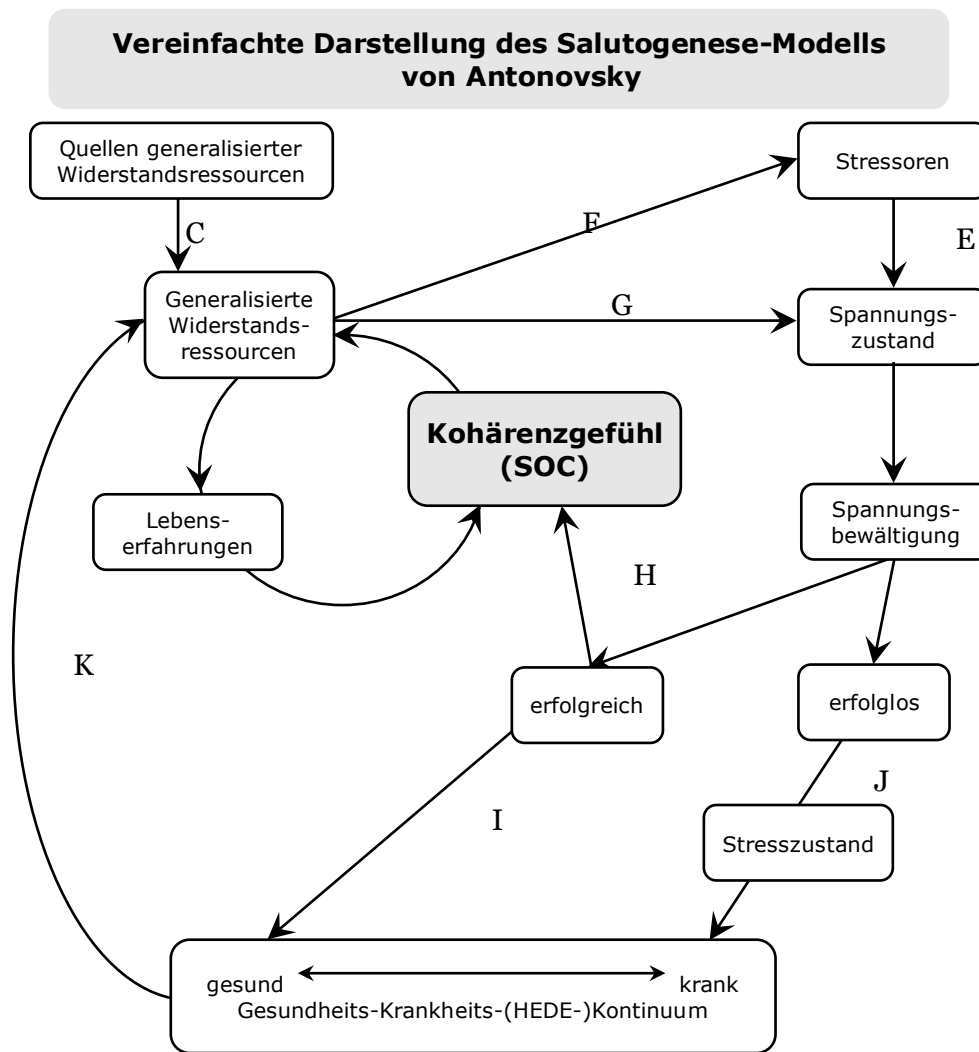


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Salutogenese-Modells nach Antonovsky. Eigene Darstellung nach Bengel, Strittmatter & Willmann (2001, S. 36)

gestärkt. Im anderen Fall, bei einer erfolglosen Spannungsbewältigung, entsteht ein Stresszustand, der das Individuum im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum¹⁶ sich in Richtung Krankheit bewegen lässt (ebd., S. 38). In Variation dieses Modells räumen Blättner & Waller (2018, S. 19–20) den Lebensbedingungen und soziokulturellen Faktoren einen direkten Einfluss sowohl auf die generalisierten Widerstandsressourcen, als auch auf Bewältigungsstrategien und das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum selbst ein.

2.3.2 Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC)

Ein zentrales Element des salutogenetischen Modells ist das Kohärenzgefühl, worunter Antonovsky eine sowohl kognitive als auch affektiv-motivationale Grundhaltung dem Leben gegenüber versteht. Dieses Kohärenzgefühl entscheidet, wie gut die betreffende Person auf vorhandene Ressourcen zurückgreifen kann, um alltäglichen Stressoren zu begegnen. Dabei unterscheidet er drei wesentliche Bestandteile des Kohärenzgefühls: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

¹⁶ Auch HEDE-Kontinuum genannt: *health-ease – dis-ease*-Kontinuum

Unter Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*) versteht Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster: Kann eine Person ihre Wahrnehmungen in eine strukturierte Welt einbetten, oder sind sie chaotisch, willkürlich und unberechenbar? Mit einer hohen Verstehbarkeit können neue Reize besser in bekannte Schemata eingeordnet werden.

Handhabbarkeit (*sense of manageability*) ist ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster und beschreibt die Überzeugung, dass Schwierigkeiten positiv bewältigt werden können. Es ist nicht nur ein Vertrauen in eigene Fähigkeiten, sondern auch die Überzeugung, nötigenfalls Unterstützung zu finden. Die Handhabbarkeit setzt in gewisser Weise Verstehbarkeit voraus, erscheint also Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit nachgeordnet (Grabert, 2011, S. 29).

Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*) beschreibt die motivationale Komponente des Kohärenzgefühls. Ihr weist Antonovsky die größte Bedeutung zu: der Überzeugung, dass das Leben (wenigstens in Teilen) sinnvoll ist. „Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual“ (Bengel et al., 2001, S. 30).

Nach Antonovskys Auffassung bildet sich das Kohärenzgefühl in Kindheit und Jugend heraus: Verstehbarkeit entwickelt sich aus Erfahrungen von Konsistenz, Verlässlichkeit, Struktur und Vorhersagbarkeit; ein Gefühl der Handhabbarkeit entwickeln Personen, die die an sie gestellten Anforderungen bewältigen können, ohne dass sie unter- oder überfordert sind, und Sinnhaftigkeit wird unterstützt durch das Erleben, Situationen gestalten zu können (ebd., S. 31; Mittelmark & Bauer, 2017, S. 9).

Mittlerweile gilt es als gesichert, dass ein hohes Kohärenzgefühl mit einer guten psychischen Gesundheit einhergeht¹⁷, in deutlich stärkerem Maße als das für somatische Erkrankungen der Fall ist (Bengel et al., 2001, S. 44–45). Während Antonovsky das Kohärenzgefühl bei Erwachsenen als stabilen Persönlichkeitsfaktor ansah (ebd., S. 31), zeigen Studien die (positive) Beeinflussbarkeit des SOC beispielsweise durch Psychotherapie (Fäh, 2004, S. 9). Darüber hinaus gibt es Anzeichen, dass der SOC situativen Schwankungen unterliegen könnte und in diesem Sinne beispielsweise eine Depression mit einer zeitweisen Verschlechterung des SOC einhergeht (Rottmann, 2013, S. 29). Demnach klingt es plausibel, dass psychische Krisen mit einem situativen Zusammenbruch des SOC verbunden sein könnten, so dass kein Zugriff auf (objektiv vorhandene) Widerstandsressourcen möglich ist. Gleichzeitig könnten positive Erlebnisse (auch jenseits von Therapie, beispielsweise im Rahmen von Empowerment-Prozessen) auch im späteren Lebensverlauf das Kohärenzgefühl stärken.

2.3.3 Generalisierte Widerstandsressourcen

Unter generalisierten Widerstandsressourcen¹⁸ versteht Antonovsky diejenigen individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren, die es einer Person ermöglichen, mit Stressoren umzugehen. Dazu können physische Konstitution und psychische Belastbarkeit genauso zählen wie eine finanzielle Absicherung oder Unterstützung im sozialen Umfeld. Geprägt werden sie durch soziokulturelle und historische Faktoren, persönliche Eigenheiten und Zufall. Diese

¹⁷ An dieser Stelle wird von Korrelationen berichtet, ohne Kausalitäten benennen zu können.

¹⁸ Nachdem Antonovsky wenig Wert auf eine Abgrenzung der generalisierten Widerstandsressourcen von spezifischen Widerstandsressourcen gelegt hat (Mittelmark et al., 2017, S. 72), wird auch hier diese Unterscheidung nicht vorgenommen und identifizierte Widerstandsressourcen grundsätzlich den generalisierten Widerstandsressourcen zugeschlagen.

Widerstandsressourcen erhöhen die Widerstandsfähigkeit der Person gegenüber potentiell krank machenden Stressoren, wirken aber auch im Alltag, färben ihre Lebenserfahrungen und prägen so ihr Kohärenzgefühl.

Einige Generalisierte Widerstandsressourcen, die im Umgang mit Psychiatrie-erfahrenen Menschen, aber auch für deren Möglichkeit, sich zu beschweren, bedeutsam sein können, sind (in unabgeschlossener Aufzählung) Reflexions- und Sprachfähigkeit, formale Bildung, Zugang zu Informationen, niederschwellige Strukturen, Zeit, eine sichere Wohnumgebung und finanzielle Absicherung. Als besonders bedeutsam nennen Langeland & Vinje (2017, S. 302–303) die Widerstandsressourcen „soziale Unterstützung“ und „Identität“. Das wird gestützt durch die Untersuchung von Rössler et al. (1999), dass soziale Unterstützung wichtiger ist als das Umfeld, in dem Psychiatrie-Erfahrene leben, aber auch durch Erfahrungen mit Recovery (Amering & Schmolke, 2012), dialogischer Arbeit (Bock, 2004) sowie mit Empowerment und Selbsthilfe-Bewegung (Knuf, 2016; Stark, 1996). Wenn Erfahrungen von totalen Institutionen, Hospitalisierung und Stigmatisierung die Identität von Psychiatrie-Erfahrenen beschädigen können, stören sie eine der zentralen Widerstandsressourcen dieser Menschen und behindern ihr Recovery.

Die generalisierten Widerstandsressourcen können als die Gegenspieler zu den Stressoren, die Antonovsky auch als „generalisierte Widerstandsdefizite“ fasste, verstanden werden (Bengel et al., 2001, S. 34). Damit entsteht auch in den Kontextfaktoren des Individuums ein Kontinuum zwischen Vorhandensein und Fehlen von Ressourcen, zwischen Schutz- und Risikofaktoren, die in jeweiligen Situationen wirken können.

Entscheidend am Modell Antonovskys ist, dass die generalisierten Widerstandsressourcen (wie auch die Widerstandsdefizite) nicht unmittelbar, sondern stets nur moderiert wirken. Inwieweit sie in einer konkreten Situation genutzt werden können (bzw. stören), vermittelt das Kohärenzgefühl: Hat eine Person ein geringes Kohärenzgefühl, so stehen die objektiv vorhandenen Ressourcen ihr nicht zur Bewältigung akuter Spannungszustände zur Verfügung, wohingegen ein hohes Kohärenzgefühl die Wirkung von Widerstandsdefiziten zu relativieren vermag.

2.3.4 Anschlussfähigkeit des Modells

Das Modell der Salutogenese ist in hohem Maße anschlussfähig, und zwar für verschiedene Professionen und Disziplinen – auch wenn der explizite Ausbau zu einem interdisziplinären Modell noch aussteht (Sagy & Mana, 2017). Die hohe Relevanz des Modells für psychische Gesundheit lässt seinen Einsatz im Rahmen von Psychologie und Psychiatrie interessant erscheinen. Der Einbezug von Kontextfaktoren und das Erfassen des Menschen in seinen sozialen Bezügen macht das Modell für Soziale Arbeit gut handhabbar. Mit der Betonung der Selbstwirksamkeit und dem Verständnis von Gesundheit als aktiv herzustellendem Zustand können auch Recovery, Empowerment und Theorien der Selbsthilfe gut mit diesem Modell arbeiten.

Gesellschaftliche (Macht-)strukturen sind – als Quellen von sowohl Widerstands-Ressourcen als auch Widerstands-Defiziten – als Anknüpfungspunkte zum Modell von Antonovsky durchaus angelegt, werden aber in der Rezeption des Modells selten ausgearbeitet (ebd.). Explizit erwähnt sei an dieser Stelle die Konzeption von Stigma: Stigmatisierungs- und Selbststigmatisierungs-Prozesse können sich als Stressoren ins Modell einfügen.

Das Konzept von Recovery kann an das Konzept von Salutogenese anknüpfen, indem auch hier Gesundheit und Krankheit als Kontinuum verstanden werden (Amering & Schmolke, 2012, S. 84). Auch die Selbstwirksamkeit und Verantwortungsübernahme, die Recovery fordert (ebd., S. 135), findet sich im Salutogenese-Modell wieder. Beiden Modellen gemein ist, dass sie zwar das Individuum in den Mittelpunkt stellen, gleichwohl aber die gesellschaftlichen Strukturen mit in den Blick nehmen können. Sie erlauben es, den Blick zu weiten, so dass soziales Umfeld, Strukturen, Machtverhältnisse und gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit beachtet werden können.

Ein Beispiel für die Rezeption des Salutogenese-Konzeptes in der (Psycho-)Sozialen Arbeit ist Grabert (2011). Sie sieht in einer stärkeren Orientierung auf Selbstbestimmung und in der Stärkung von Empowerment eine Orientierung des psychosozialen Hilfesystems hin zu salutogenetischen Ansätzen. Explizit erwähnt sie Psychose-Seminare¹⁹, psychiatrische Beschwerdestellen und die Selbsthilfe-Bewegung als Bausteine für eine Verbesserung des Hilfesystems im Sinne der Salutogenese (ebd., S. 20–21).

Leider bleibt sie in den Schlussfolgerungen (ebd., S. 83) ihrer empirischen Untersuchung sehr weit dem von Bock und Naber (2004) als „traditionell“ beschriebenen Kooperationsmodell zwischen Ärzt*in und Psychiatrie-Erfahrenen verhaftet (vgl. Abschnitt 2.4.2): Zwar unterstützt sie den Gedanken, einen Sinn in der Erkrankung zu finden, gleichwohl fasst sie unter Verstehbarkeit eher die traditionelle Ansicht von (einseitiger) Krankheitseinsicht und unter Handhabbarkeit eine konventionelle Auffassung von (wiederum einseitiger) Compliance. Einerseits fordert sie, die Betroffenen zu Selbstvertrauen zu ermuntern, gleichzeitig unterminiert sie dieses Selbstvertrauen durch die geforderte Übernahme des Krankheitsmodells der Experten (Grabert, 2011, S. 83). An dieser Stelle würde Bock (2004) wohl vehement widersprechen und den Eigensinn der Betroffenen stärken wollen, auch aus seinen Erfahrungen mit unbehandelten Psychose-Erfahrenen heraus (Bock, 2005b, S. 346)²⁰.

2.4 Empowerment

Empowerment als Konzept in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie²¹ ermöglicht es, gesundheitsorientierte Diskurse mit Machtdiskursen zu verknüpfen. Ich verwende es hier in dieser Scharnierfunktion als Begriff für das Ringen der Menschen um ihre Lebensverfügung und beleuchte sowohl die individuelle Perspektive von Selbstbestimmung als auch eine strukturelle Perspektive: Was sind empowernde Strukturen, und was können sie im Hinblick auf Beschwerden bewirken?

¹⁹ aus denen heraus das Konzept des Trialogs entstand

²⁰ Möglicherweise entsteht die unterschiedliche Betrachtungsweise durch die Auswahl der Interviewpartner*innen: Grabert (2011) rekrutierte ihre Interviewpartner*innen aus dem sozialpsychiatrischen Dienst. Dort finden sich keine Menschen, die weitab vom psychiatrischen Versorgungssystem ihre Erkrankung bewältigen (und das entsprechend als Ressource artikulieren). Letztere hatte Bock in seinen Untersuchungen befragt (Bock, 2005b).

²¹ Sozialpsychiatrie verstehe ich hier als einen Gegenentwurf zur Anstaltspsychiatrie, die Psychiatrie-Erfahrene – im Wortsinn – aus der Gesellschaft ausschließt. Psychiatrie-Erfahrene sollen vielmehr in den Stadtvierteln in kleinen, autarken Einrichtungen versorgt werden. Der Begriff ermöglicht darüber hinaus, die Person in ihren sozialräumlichen Wechselwirkungen wahrzunehmen und den sozialräumlichen Kontext in die Behandlung mit einzuschließen. Gemeindepsychiatrie ist dann die so entstehende Versorgungslandschaft (Seckinger und Neumann, 2019).

Vorgreifend möchte ich für die vorliegende Untersuchung Empowerment als eine (Selbst-) Ermächtigung verstanden wissen, die auf eine *real* erweiterte Verfügung über die relevanten Lebensbedingungen der Subjekte abzielt. Im folgenden Abschnitt gebe ich zunächst einen Überblick darüber, was unter Empowerment verstanden werden kann. Es folgen Empowerment-Konzepte in der Psychiatrie und danach grenze ich mich in einer Kritik des Empowerment-Begriffs von Konzepten ab, die ihre Ziele schon unter *gefühlter* Erweiterung der Möglichkeiten und subjektiv höherer Lebenszufriedenheit erfüllt sehen.

2.4.1 Was ist Empowerment?

Empowerment ist vor allem ein schwierig zu fassender Begriff. Was Menschen unter Empowerment verstehen, hängt zum großen Teil davon ab, wo sie sich selbst verorten. Zugespitzt formuliert: „Die Linke benutzte Empowerment, um politischen Widerstand zu mobilisieren, die Rechte, um ökonomisch rationale und unternehmerische Akteure zu erzeugen“ (Bröckling, 2003, S. 325). Einer der Ersten, die den Begriff von Empowerment populär machten, ist Julian Rappaport. Er definiert: „Unter ‚empowerment‘ verstehe ich, dass es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen“ (Rappaport 1985b, S. 269), was jedoch verschieden verstanden werden kann (zit. n. ebd., S. 323).

Stark (1996) definiert Empowerment (ebenfalls aus einer psychosozialen Perspektive) als einen Prozess, „durch den Personen, die – meist im Rahmen lokaler Zusammenhänge – keinen ausreichenden Anteil an für sie wichtigen Ressourcen haben, einen besseren Zugang zu diesen Ressourcen erreichen und deren Nutzung selbst bestimmen können“ (ebd., S. 156). Es ist also ein Konzept der Selbstermächtigung marginalisierter Gruppen.

Herriger (2014, S. 21–38) wirft einen historischen Blick auf das Konzept und sieht, abgesehen von Vorläufern aus dem 19. Jahrhundert, die Ursprünge von Empowerment-Konzepten in den Neuen Sozialen Bewegungen der USA in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts. Dazu zählt er vor allem *civil-rights-movement*, also die schwarze Bürgerrechtsbewegung, Feminismus und Selbsthilfe-Bewegung, aber auch *Community Action*-Bewegung (mit dem Kampf und eine Gemeindepsychiatrie) und Kampagnen zur Bildung eines politischen Bewusstseins im Anschluss an Paulo Freire.

Nach seiner Auffassung wirkt Empowerment auf zwei Ebenen: Ein politisches Empowerment, das er auf einer Ebene von Organisationen und politischer²² Partizipation verortet, und ein psychologisches Empowerment auf der Ebene des Individuums (ebd., S. 188). Letzteres zeigt sich mit Stark in „persönlichem Wachstum, individueller und sozialer Weiterentwicklung und Emanzipation und eigenem Selbstbewusstsein von einzelnen und Gruppen“ (Stark, 1996, S. 156).

Ziele von Empowerment auf individueller Ebene

Auf der Ebene der Individuen, die Empowerment erleben – ob selbst initiiert oder durch Fachkräfte ermöglicht – sollen Empowerment-Prozesse ein persönliches Wachstum initiieren, für eine „Elefantenhaut für die Seele“ sorgen (Herriger, 2014, S. 191). Im Zuge eines

²² Nach Quindel und Pankofer (2000, S. 38) und in Übereinstimmung mit Stark (1996, S. 156) ist die politische Einflussnahme dabei meist auf kommunaler Ebene angesiedelt und damit verhältnismäßig machtlos, da sie die sozialpolitischen Rahmenbedingungen nicht verändern kann.

Empowerment-Prozesses sammelt eine Person neuen Ressourcen und stärkt ihr Kohärenzgefühl mit den Erfahrungen der Gestaltungsmacht über das eigene Leben (ebd., S. 194). Im Idealfall entwickelt sie eine Selbstwirksamkeit, um sich quasi „am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen“ (Stark, 1996, S. 108).

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen personale und soziale Ressourcen entdeckt und nutzbar gemacht werden (Herriger, 2014, S. 96–99) – selbst initiiert, oder ermutigt und bestärkt durch professionelle Unterstützung. Dreh- und Angelpunkt einer kreativen Gestaltung der eigenen Lebensumstände sind Selbstbestimmung (Knuf, 2016, S. 40) und Partizipation (Stark, 1996, S. 81–89). Empowerment kann dabei sowohl von den betreffenden Personen selbst initiiert werden, als auch als professionelles Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden (Herriger, 2014, S. 17).

Empowermentkonzepte gehen in ihrer machttheoretischen Fundierung oft von einem Gefühl der Ohnmacht aus, das sich auf subjektiver Ebene in einer Lähmung niederschlägt (Bröckling, 2003, S. 327–328). Als Antidot werden Erfahrungen von Selbstwirksamkeit angepriesen, sie werden als entscheidend zur Initiierung des Wachstumsprozesses angesehen.

Die theoretische Engführung auf die subjektiven Verarbeitungsformen von Machtasymmetrien bestimmt zugleich die Ansatzpunkte ‚bemächtigenden‘ Handelns: Empowerment zielt erst in zweiter Linie auf eine andere Machtverteilung, in erster Linie aber darauf, die lähmenden Ohnmachtsgefühle zu überwinden. (ebd., S. 328)

Damit zielen nicht alle Empowerment-Konzepte auf eine erweiterte Verfügung über die Lebensbedingungen der Adressat*innen, sondern geben sich mitunter mit der *Illusion* derselben zufrieden – immerhin reicht diese aus, um das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern. In diesem Sinne wird Empowerment aus der Kritik an Machtverhältnissen heraus selbst zu einer gouvernementalen Führungstechnik (vgl. Abschnitt 2.4.3).

Politische Ziele von Empowerment

Auf politischer Ebene kann man Empowerment als „konflikthaften Prozeß [sic] der Umverteilung von politischer Macht“ (Herriger, 2014, S. 14) verstehen. Dabei geht es um die Umgestaltung von Strukturen, um eine Erweiterung der Einflussmöglichkeiten zu erreichen. So haben Feminismus und Umweltschutzbewegung es erreicht, dass Themen, die noch vor fünfzig Jahren als Randthemen abgetan wurden, sich heute in Gesetzen eingeschrieben haben und wahlentscheidend werden.

Ein wichtiger Baustein, um tatsächlich Strukturen verändern zu können und Verbesserungen der eigenen Lebensbedingungen zu erwirken, ist laut Herriger in „solidarischer Vernetzung und Selbstorganisation in sozialer Aktion“ zu finden (ebd., S. 206). Damit wirkt Empowerment auch als Gegenentwurf zu individualisierenden Tendenzen einer postmodernen Gesellschaft, als Antidot gegen eine „moralische und reale Einsamkeit“ (Stark, 1996, S. 104).

2.4.2 Empowerment im psychosozialen und psychiatrischen Hilfesystem

Seit den 1980-er Jahren wird das Empowerment-Konzept auch im Zusammenhang mit Gemeinpsychologie (Quindel, 2004, S. 190) und später mit Selbsthilfegruppen (Hellerich, 2003, S. 41; Stark, 1996, S. 127) genutzt. Heute findet es sich beispielsweise als konstituierender Bestandteil von Recovery (Amering & Schmolke, 2012, S. 32) oder in Anti-Stigma-Arbeit

(Bock, 2005a, S. 61). Das Konzept hat eine Reihe von Anknüpfungspunkten ans Salutogenese-Modell (Stark, 1996, S. 104). Im Folgenden werde ich Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen im Hilfesystem als Dreh- und Angelpunkt von Empowerment im psychiatrischen und psycho-sozialen Hilfesystem diskutieren und dann einen Blick auf Selbsthilfegruppen werfen.

Selbstbestimmung: Individuelles Empowerment

Wesentlicher Teil von Empowerment Psychiatrie-Erfahrener ist die Selbstbestimmung, sowohl im Hinblick auf die Gestaltung des eigenen Lebens als auch auf die Behandlung. Wenn es um die Gestaltung des eigenen Lebens geht, sind Psychiatrie-Erfahrene in vieler Hinsicht von gesellschaftlicher Teilhabe – und damit von der vollen Auswahl an Möglichkeiten der Lebensgestaltung – ausgeschlossen, wie die BAESCAP-Studie zeigt (vgl. Abschnitt 2.1.1, S. 4). Sie sehen sich strukturellen Diskriminierungen unterworfen: So ist ihnen beispielsweise der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oft verwehrt, und bis zum Inkrafttreten der dritten Reformstufe des BTHG wurde auf das Einkommen von Ehepartner*innen zur Finanzierung der Eingliederungshilfe zurückgegriffen – was eine Heirat für Bezieher*innen von Eingliederungshilfe in vielen Fällen finanziell nicht ratsam erscheinen ließ. Empowerment kann hier etwa politischer Aktivismus für mehr Teilhabe sein, oder aber das Finden eines Arbeitsplatzes im ersten Arbeitsmarkt oder ein Umzug in eine eigene Wohnung und Nutzung ambulanter Dienste.

Auf der Seite der Behandlung sehen sich Psychiatrie-Erfahrene in ein Machtgefüge verstrickt. Zunächst wirkt medizinisches Wissen machtvoll: Patient*innen werden aufgrund von Diagnosen behandelt. Ziel ist es, ihr Verhalten den Erkenntnissen der Medizin und Gesundheitswissenschaft anzupassen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verhältnis zwischen Behandler*in und Patient*in vor allem im Bereich somatischer Erkrankungen verändert, mündige Patient*innen treten Ärzt*innen selbstbewusster gegenüber, treffen informierte Entscheidungen und übernehmen damit Verantwortung sowohl für ihre Gesundheit als auch für die Effizienz des Gesundheitssystems (Schäfer, 2017, S. 3). Mit mehr Eigenverantwortung verschiebt sich der Charakter des Machtverhältnisses von direkter Macht (Patient*innen sollen ärztliche Verordnungen befolgen) zugunsten der Gouvernamentalität. Im psychiatrischen Bereich, unter der Wirkung des Dispositivs von psychischer Störung und unter dem Mandat der gesellschaftlichen Kontrolle, hat sich diese Entwicklung noch nicht in dem Maße umgesetzt.

Bock & Naber (2004) beschreiben das traditionelle Kooperationsmodell zwischen Behandler*in und Psychiatrie-erfahrener Person und grenzen es von einem partnerschaftlichen Modell ab, das den Psychiatrie-Erfahrenen ein deutlich größeres Maß an Selbstbestimmung ermöglicht (vgl. Tabelle 1, S. 20). Ersteres beschreiben Bock und Naber (2004) als autoritär. Patient*innen werden entmündigt und sollen einer Therapie folgen, die ärztlicherseits so verordnet wurde. Die Störung wird zum Störfaktor, der möglichst weitgehend ausgeschaltet werden soll, wobei die medikamentöse Therapie eine wichtige Rolle spielt. Hier wirkt das Dispositiv von psychischer Störung ungebrochen. Das im Kontrast dazu entworfene partnerschaftliche Modell will die Patient*innen als Subjekte ernst nehmen (ebd., S. 233). Dazu gehört, dass sie nicht nur als Symptomträger*innen begriffen werden, sondern als Menschen, die eigene Pläne und Wünsche für ihr Leben haben, ihren Symptomen einen eigenen Sinn geben, Eigensinn entwickeln und eigene Vorstellungen von Lebensqualität haben. Mit dieser am Dialog orientierten Sicht (Bock, 2004, S. 278) wird Selbstbestimmung an die

Tabelle 1: Kooperationsstrukturen in der Beziehung zwischen Behandler*in und Psychiatrie-Erfahrenen. Eigene Darstellung nach Bock (2004, S. 239).

	<i>Traditionelles Modell</i>	<i>Partnerschaftliches Modell</i>
<i>Dosis</i>	Viel hilft viel Je früher, desto besser	So wenig wie möglich, nur wenn nötig, Alternativen abwägen Dosierung und Art der Medikation autonomiefördernd (Selbst- und Bedarfsmedikation, orale Medikation vor Depot)
<i>Dauer</i>	Lebenslang, auf Sicherheit bedacht	Berücksichtigung von Standards, aber individuelle Entscheidung
<i>Verständnis</i>	Einfaches Krankheitskonzept: Stoffwechselstörung ausgleichen Vulnerabilität als genetisch bedingt Missachtung von Psychoseinhalten und Biografie	Offenes Krankheitsverständnis, Ernstnehmen von subjektiven Deutungen und individuellen Krankheitskonzepten Wahrnehmung von Bedeutung, Funktion und biografischem Zusammenhang
<i>Zielsetzung</i>	Vorgabe der Ziele von außen Rückfälle vermeiden um jeden Preis („Vita minima“) Symptomfreiheit um jeden Preis	Gemeinsames Abwägen von Zielen Aus Rückfällen lernen Angstreduktion, Erweiterung von Entscheidungs- und Handlungskompetenz Akzeptanz von Eigensinn
<i>Information</i>	Keine ausreichende Information, Verharmlosung von Nebenwirkungen	Ausführliche Information über kurzfristige Nebenwirkungen
<i>Beziehung</i>	Autoritäre Beziehung: Bestimmung statt Verhandlung, Abnahme von Verantwortung, Enteignung von Erfahrung	„Ideologiefreie“ Behandlung ohne Zuschreibung von Krankheitskonzept; Teilen von Verantwortung, Einbettung der Medikation in tragende therapeutische Beziehung

Psychiatrie-Erfahrenen zurückgegeben, die Definitionsmacht liegt nicht mehr allein auf ärztlicher Seite. Die Therapie wird zwischen Behandler*in und Psychiatrie-erfahrener Person ausgehandelt, die Zielsetzung ist nicht ärztlicherseits vorgegeben²³. Insofern ist ihr partnerschaftliches Kooperationsmodell als ein Modell zu verstehen, wie Empowerment im psychiatrischen Behandlungsalltag umgesetzt werden kann.

In diesem Zuge kritisiert Bock (2004) auch den Begriff einer Compliance, die sich als buchstabengetreues Befolgen der verordneten Therapie versteht, als „Unterwerfungsritual“ (ebd., S. 274), das einem Recovery eher entgegensteht. Er plädiert dafür, dass Compliance von

²³ Das ist besonders deswegen wichtig, weil die Behandlungsziele nicht grundsätzlich übereinstimmen müssen. Dörner (2001) unterstellt zugespitzt eine *Gegnerschaft* zwischen Behandler*in und Patient*in, (zit. n. Zaumseil und Terzioglu, 2004, S. 255), die auch die vorliegende Untersuchung bestätigen kann.

Behandler*innen und Psychiatrie-Erfahrenen gemeinsam aufgrund eines gewachsenen Vertrauens entstehen soll. Auch den Begriff der Krankheitseinsicht möchte Bock in diesem Sinne umdefinieren. Der traditionelle Begriff der Einsicht der Psychiatrie-erfahrenen Person in ihr Krank-Sein und die Übernahme der Diagnose als Selbstzuschreibung gelten weithin als *Bedingung* für eine Behandlung. Das ist disziplinierende Macht im Sinne von Foucault, Krankheitseinsicht ist nahe an Selbststigmatisierung, Compliance wäre dann die gouvernementale Übernahme des herrschenden Diagnose-Begriffs. Im Gegensatz dazu kann Eigensinn, also eine alternative Sicht auf die eigenen Symptome, als unterworfenen Wissensart und gleichzeitig als Ressource für den eigenen Recovery-Prozess eingeordnet werden. Krankheitseinsicht wäre dann die Aufgabe der Ärzt*innen, ein Verständnis für die Psychiatrie-erfahrene Person zu entwickeln und sie auf ihrem Recovery-Weg zu begleiten (ebd., S. 276).

Es wäre jedoch verfehlt, Selbstbestimmung nur auf einer individuellen Ebene zu fassen: Als verteidigte das autonome Individuum in einem wie auch immer gearteten Naturzustand seine Natürlichkeit gegenüber den Zumutungen der gesellschaftlichen Normalität. Dörner (2004b, S. 242–243) weist darauf hin, dass Selbstbestimmung *an sich* in Machtkonstellationen eingebettet ist. Psychiatrie-Betroffene übernehmen oft genug die Perspektive der Psychiatrie²⁴. Er beschreibt, dass viele Menschen²⁵ im von ihm geführten Wohnheim sich selbst zunächst für zu krank gehalten hätten, um selbständig zu leben. Mittlerweile lebt der Großteil von ihnen in eigenen Wohnungen und würde diese um nichts in der Welt aufgeben.

Und auch die umgekehrte Wirkrichtung darf nicht außer Acht gelassen werden:

Menschliches Handeln ist in der Psychose nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr transportiert die Psychose existentielle Zweifel und Konflikte, die für alle Menschen Bedeutung haben. [...] Zu schnelle automatische Vergabe von Neuroleptika ist schädlich, weil dann die Gesellschaft resistent wird gegenüber der Vielfalt menschlicher Seinsweisen und immer rigidere Vorstellungen entwickelt. Es ist normal verschieden zu sein! (Bock, 1998, S. 288, zit. n. Quindel, 2004, S. 208, Hervorhebung: M.P.)

Jedes Handeln wirkt zurück auf das Dispositiv. Es bleibt allerdings offen, ob es den Psychiatrie-Erfahrenen zugemutet werden darf, Verantwortung für die Normalitäten der Gesellschaft zu übernehmen, diese Haltung kann einem Imperativ der Selbstermächtigung oder einem *blaming the victim* nahekommen.

Das Konzept von Empowerment und das Salutogenese-Modell teilen im Fokus auf die Frage „Was macht gesund“ eine starke Orientierung auf Ressourcen. Indem Psychiatrie-Erfahrene ermuntert werden, ihr eigenes Konzept ihrer Erfahrungen zu entwickeln und sie ihre Therapie anhand ihrer eigenen Ziele mit der behandelnden Person aushandeln, wird ihre Selbstwirksamkeit gestärkt – in Begriffen von Salutogenese also die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit ihrer Erfahrungen. Die Kontrollüberzeugung sozialer Situationen und das Gefühl, das eigene Leben gestalten zu können, können gesundheitsförderlich wirken (Stark, 1996, S. 114–115).

²⁴ So beschreibt Goffman, wie Stigmatisierte die Perspektive der vermeintlich „Normalen“, Stigmatisierenden übernehmen (vgl. Abschnitt 2.1, S. 4) Die Kritische Psychologie bringt ein solches Sich-Einrichten in den bestehenden Verhältnissen und Übernehmen von nahegelegten Weltinterpretationen mit dem Konzept der restriktiven Handlungsfähigkeit auf den Begriff (Holzkamp 1985).

²⁵ Dörner verwahrt sich dagegen, Menschen darauf zu reduzieren, dass sie irgendwo wohnen: „Der Begriff ‚Bewohner‘ ist bei Strafe zu verbieten.“ (Dörner, 2004a, S. 24)

Selbsthilfe als Beispiel für politisches Empowerment

Durch Empowerment wird die Expert*innenrolle der Fachkräfte in Frage gestellt, sei es durch Menschen, die sich selbst zu Expert*innen ihres eigenen Lebens erklären, sei es durch Fachkräfte, die bei den „ihnen anvertrauten“ Klient*innen Empowerment-Prozesse initiieren wollen. Entsprechend wichtig für Empowerment im psychosozialen Verständnis sind daher Selbsthilfegruppen, in denen soziale Unterstützung außerhalb von professioneller Kontrolle organisiert werden kann. Heute spielen Selbsthilfegruppen in der Landschaft des psychosozialen Unterstützungssystems eine wichtige Rolle und haben in ihrer Funktion eine große Bandbreite zwischen politischem Auftrag (Öffentlichkeitsarbeit, politische Arbeit) und konkreter und individueller Entlastung (von Krisenintervention bis Peer-Beratung). Sie sammeln und bündeln Information und bilden damit eine Gegenmacht zum Expert*innenwissen des medizinischen Systems (Hellerich, 2003, S. 107). Die Gemeinschaft mit Gleichgesinnten oder Gleich-Betroffenen kann ein Aspekt von Solidarität sein und ein Gegengewicht zum gesellschaftlich herrschenden Individualismus mit seinen Entfremdungstendenzen bilden (Stark, 1996, S. 104). Darüber hinaus können Psychiatrie-Erfahrene im Weitergeben ihrer Erfahrungen einen Sinn finden, nach Dörner (2004a, S. 24) ein wesentliches Bedürfnis von Menschen und damit auch von Psychiatrie-Erfahrenen. Eine Bedeutung für andere zu haben, etwas Sinnvolles zu tun ist für Menschen wichtig. Dialogische Forschung zum subjektiven Sinn von Psychosen gibt ihm darin Recht (vgl. Bock et al., 2012)²⁶.

Hellerich (2003) beschreibt ein breites Spektrum an Organisationsformen von Selbsthilfegruppen. Dabei unterscheidet er diejenigen, die von Fachkräften initiiert und gesteuert werden, wie die Soteria. Andere Selbsthilfegruppen, oft in antipsychiatrischer Tradition, lehnen Expert*innenwissen grundsätzlich ab. Er selbst propagiert eine Selbsthilfe, die durch Fachkräfte begleitet wird, wobei die Psychiatrie-Erfahrenen den Fachkräften ihre Rollen zuweisen. Dafür führt er eine Reihe von Beispielen an, darunter das Weglaufhaus Berlin und die Nachtschwärmer Bremen²⁷ (ebd., S. 42–52). Bei durch Professionelle begleiteten Selbsthilfegruppen sieht Quindel (2000) aufgrund des Wissens der Expert*innen immer die Gefahr einer paternalistischen Übernahme (ebd., S. 27–28). Einig sind sich die Autoren jedoch, dass die Begleitung durch Fachkräfte auf die Psychiatrie-Erfahrenen entlastend wirken kann (Hellerich, 2003, S. 46)²⁸.

Während Hellerich die postmoderne Dekonstruktion der Dichotomien Subjekt–Objekt, gesund–krank, Expert*in–Lai*in, Normalität–Abweichung postuliert, schränkt er selbst ein, dass damit Analysekatoren verlorengehen könnten. Daher plädiert er für eine „Normenweichung“ und schlägt vor, die vormals dichotomen Begriffe als Kontinuum zu denken (ebd., S. 134–136). Die Praxis bietet Beispiele für alle Ausprägungen des Kontinuums zwischen

²⁶ Damit sind die Autor*innen auch an das Salutogenese-Konzept anschlussfähig, mit Bedeutsamkeit (*meaningfulness*) als Bestandteil des Kohärenzgefühls kann es gesundheitsstiftend wirken, einen Sinn im Leben zu sehen.

²⁷ Das Weglaufhaus existiert heute noch (weglaufhaus, 2021). Das Nachtschwärmer-Café ist im Jahr 2021 im Verzeichnis Bremer Selbsthilfe-Organisationen nicht mehr zu finden. Eine Internetrecherche bringt Artikel in der Tagespresse, wonach es im Jahr 2000 mit dem Auslaufen von ABM-Stellen in die Krise geraten ist (Jansen, 2000). Hellerich (2003) wertet das Nachtschwärmer-Café als positives Beispiel einer komplementären Selbsthilfe-Struktur, danach verliert sich die Spur.

²⁸ Gleichzeitig zeigt das Beispiel auch, dass eine solche Arbeit für Ehrenamtliche leicht zur Überforderung gerät.

Übernahme der Konstruktionen und kompletter Dekonstruktion. So schweigen Mitarbeiter*innen des Weglaufhauses gegenüber der Öffentlichkeit darüber, ob sie Psychiatrie-Erfahrung haben, und wirken so an einer Dekonstruktion von Diagnosen und Zuweisungen (Quindel, 2000, S. 26). Gleichzeitig gibt es Selbsthilfegruppen, die sich stark an Diagnosen orientieren und differenzieren, so dass Betroffene gleich drei Selbsthilfegruppen gründen wollen: je eine für als depressiv, manisch und manisch-depressiv diagnostizierte Menschen (ebd., S. 27)²⁹.

Mit dem Trialog hat die Selbsthilfebewegung es geschafft, ein wichtiges Konzept zu verankern, das nach und nach im Gesundheitswesen Verbreitung findet. Es meint einen Austausch auf Augenhöhe und ein *gegenseitiges* Lernen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Fachkräften³⁰. Seit es in den 1990-er Jahren im Zuge der Psychose-Seminare gepflegt wurde (Bock et al., 2012), hat es sich mittlerweile darüber hinaus etabliert: Beispielsweise im Borderline-Trialog (Armbrust & Link, 2015), in der Anti-Stigma-Arbeit (Bock, 2005a), in Besuchskommissionen³¹ oder bei unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen, die oft trialogisch besetzt sind (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007).

2.4.3 Kritik des Empowerment-Konzeptes

Es findet sich in der Literatur eine Vielzahl kritischer Einwände dagegen, mit Empowerment zu argumentieren. Eine Auswahl stelle ich im Folgenden vor.

Empowerment löst die Widersprüche zwischen dem Hilfe- und dem Kontrollanspruch Sozialer Arbeit nicht auf. Stattdessen besteht die Gefahr, dass ein Bezug auf Empowerment das Kontrollmandat und bestehende Machtstrukturen verschleiert (Quindel & Pankofer, 2000, S. 33). Quindel (2000) geht sogar noch weiter, wenn er als konstituierend für die Ablösung der Anstaltspsychiatrie durch die Gemeindepsychiatrie die Möglichkeit sieht, den Kontrollauftrag zu delegieren: An Psychiater, psychiatrische Kliniken oder die Polizei (ebd., S. 12). Damit, so schreibt er, wirkt die Macht, die sozialpsychiatrisch über Klient*innen ausgeübt werden kann, subtiler. Man könnte an dieser Stelle von gouvernementalen Techniken sprechen, die sich den Rückgriff auf souveräne Macht aber jederzeit offenhalten.

Das Menschenbild, von dem im Empowerment ausgegangen wird, ist das eines autonomen, handelnden, selbstbewussten Subjekts, das seine Fähigkeiten nur zu entfalten braucht (Quindel & Pankofer, 2000, S. 36–37). Die Autor*innen nennen dieses Bild zurecht ideologisch, entspricht es doch oftmals nicht der Lebenserfahrung Psychiatrie-erfahrener Menschen. Bröcklings (kritisch verstandene) Umformulierung der Kantschen Maxime: „Handle stets so, dass Du Dir selbst das Gesetz Deines Handelns gibst, statt es Dir von anderen vorgeben zu lassen oder in Passivität zu verharren“ (Bröckling, 2003, S. 330) führt in letzter Konsequenz in ein *blaming the victim*, eine Täter-Opfer-Umkehr: Die*der Unterlegene ist verantwortlich dafür, sich nicht genügend *empowered* zu haben. Ein derart verstandenes Empowerment-

²⁹ Die entsprechenden Selbsthilfegruppen lösten sich übrigens recht schnell wieder auf.

³⁰ Mittlerweile wird die Erweiterung des Trialogs zum Quatrológ gefordert, um die Öffentlichkeit mit einzubeziehen (Tamm und Jung, 2021).

³¹ Nach Art. 37 BayPsychKHG sind in Bayern Besuchskommissionen allerdings nicht trialogisch besetzt, sondern werden aus einer*einem geschäftsführenden Beamtin*Beamten, einer*einem Ärztin*Arzt, einer*einem Richter*in und einer nichtärztlichen Person, die beruflich in der Betreuung psychisch Kranker arbeitet, gebildet.

Konzept kann damit an neoliberale Tendenzen anschließen (Quindel & Pankofer, 2000, S. 38–39).

Als Ausweg fordert Knuf (2016, S. 41) für die Sozialpsychiatrie, dass Selbstbestimmung Psychiatrie-Erfahrenen als Recht zugestanden werden muss und nicht als Pflicht verstanden werden darf. In der Praxis sieht er allerdings die Gefahr, dass Psychiatrie-Erfahrene „frei“ entscheiden dürfen, solange sie sich so entscheiden, wie die Fachkräfte es für sinnvoll halten. Andernfalls werden sie in ihrer Entscheidungsfindung mit Druck, zurückgehaltenen Informationen, Überreden oder einem emotionalen Beeinflussen auf der Beziehungsebene zur vermeintlich richtigen Entscheidung gebracht³².

Ansetzend an einem „Gefühl der Ohnmacht“ (Bröckling, 2003, S. 327) besteht das Risiko, dass Empowerment sich mit einem „Gefühl der Macht“ zufrieden gibt³³ und die sozialen Probleme individualisiert und therapeutisiert. Eine solche nur *scheinbare* Kontrolle macht das Subjekt *ohne sein Wissen* zum Objekt einer bereits vorgestalteten Welt – und läuft damit der ursprünglichen Idee von Empowerment komplett entgegen. Zu fordern ist daher eine *tatsächliche* Kontrollierbarkeit der Lebensumstände oder andernfalls eine *Transparenz* und emanzipatorische Erkenntnis, an welchen Stellen eine Kontrollierbarkeit nicht gegeben ist. Wo ist man Umständen ausgeliefert, und *welche Gründe und Kräfte* erzeugen dieses Ausgeliefertsein? Das pseudo-empowerte „sich-Fügen“ in die scheinbare Kontrollierbarkeit würde dann, in den Konzepten der Kritischen Psychologie (Holzkamp, 1985), in der *restriktiven* Handlungsfähigkeit verharren und das System, das diese scheinbare Gestaltbarkeit erzeugt, verfestigen. Eine emanzipatorische Erkenntnis dieses Systems kann zwar, indem die Illusion der Gestaltbarkeit aufgegeben wird, zunächst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirken, ermöglicht aber gleichzeitig den Weg zu einer Erweiterung der Verfügung über die Lebensbedingungen im Sinne einer verallgemeinerten Handlungsfähigkeit. Hier findet sich die Perspektive einer faktischen und nicht nur scheinbaren Gegenmacht³⁴.

Unter dem Druck einer zunehmenden Ökonomisierung mag es verlockend erscheinen, verfügbare Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Empowerment sieht prinzipiell zwei Ansatzpunkte: Subjekt und soziale Struktur. Während ein Umgestalten des Umfelds und der sozialen Rahmenbedingungen voraussetzungsvoll ist und meist nicht den schnellen Erfolg verheißt (sondern eher Frustration droht), kann es aussichtsreicher scheinen, das Subjekt an die Struktur anzupassen, womit Empowerment unter der Hand doch wieder zur reinen Psychotechnik verkommt (Quindel & Pankofer, 2000, S. 36).

Und noch ein weiteres Problem ergibt sich, wenn Ressourcen gezielt eingesetzt werden sollen: Nutzer*innen mit intensiveren Ohnmachtserfahrungen und weniger Ressourcen in ihrem Empowerment zu unterstützen, ist aufwändiger und weniger erfolgversprechend als

³² Mit einem solchen Vorgehen entlastet sich die Fachkraft gleichzeitig selbst: Auf Augenhöhe hat die Psychiatrie-Erfahrene Person selbst entschieden und trägt somit auch die Verantwortung für diese Entscheidung, sollte sie im Nachhinein unzufrieden damit sein. Die Fachkraft, die die Entscheidung subtil beeinflusst hat, sieht sich ihrer Verantwortung enthoben. Mit Empowerment, wie ich es verstanden wissen will, hat ein solches Vorgehen allerdings nichts mehr gemein: Es ist eine verschleierte Machtausübung, derer sich die Fachkräfte noch nicht einmal bewusst sein müssen.

³³ Immerhin reicht bereits die Kontrollüberzeugung, also prinzipiell auch die Illusion der Gestaltbarkeit der eigenen Lebensentwürfe, um gesundheitsförderlich zu wirken, vgl. Abschnitt 2.1.

³⁴ Einen Dank an Erik Petter für die fruchtbare Diskussion, die sehr zu meinem Verständnis des Konzeptes beigetragen hat.

diejenigen, die ohnehin schon über mehr Ressourcen verfügen und sich besser einbringen können. Damit droht die Gefahr einer Abspaltung der Schwächsten (Glaser, 2015, S. 37)³⁵.

Die Kritik zusammenfassend birgt Empowerment neben großen Chancen der solidarischen Verfügungserweiterung der eigenen Lebenswelt und der Dekonstruktion von Machtstrukturen die Gefahr, zu einem Modus des Regierens zu werden. Statt normierender Disziplinarmacht unterwerfen sich Nutzer*innen dem Dispositiv gouvernementalen Selbst-Managements (Bröckling, 2003, S. 324). Daher erscheint es wichtig, die eigene Position transparent zu machen (Quindel & Pankofer, 2000, S. 42).

In der Sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie werden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, mit dem Begriff von Empowerment und den dagegen vorgebrachten Einwänden umzugehen. Nachdem Empowerment in seinen Grundzügen in vielen Theorien und Konzepten Sozialer Arbeit bereits angelegt war, ohne so benannt worden zu sein, empfehlen manche Stimmen die völlige Aufgabe des Begriffs und eine Rückbesinnung auf traditionelle Konzepte Sozialer Arbeit (Glaser, 2015). Andere schätzen die in Empowerment anklingende Machtperspektive und fordern, den Begriff wieder anzueignen und konsequent emanzipatorisch auszugestalten (Vossebrecher & Jeschke, 2007; Quindel & Pankofer, 2000). Auch ich plädiere im Bewusstsein der Risiken, die der Begriff Empowerment birgt, für seine emanzipatorische Verwendung. Eine schlüssige Ergänzung findet sich dabei im Konzept der Handlungsfähigkeit der Kritischen Psychologie (Vossebrecher & Jeschke, 2007).

2.4.4 Empowerment und Beschwerden

In welchem Verhältnis stehen nun Empowerment und ein Beschwerden? Partizipation als wesentlicher Bestandteil von Empowerment beruht nach Stark (1996) auf drei Säulen: Zentral ist, dass Menschen aktiv Visionen zur Gestaltung ihres eigenen Lebensraums entwickeln. Daneben sollen sie sich in die Gestaltung einmischen, beispielsweise durch Skandalisierung von Missständen, und zu guter Letzt sollen Menschen das Tun von Expert*innen kontrollieren (ebd., S. 83–85). Hier spielt das Beschwerden an zwei verschiedenen Stellen eine Rolle:

Am wichtigsten ist sicher eine Beschwerde als Instanz der Kontrolle: Die Nutzer*innen kontrollieren das Handeln der Fachkräfte und beschweren sich, wenn sie Missstände erleben oder eine unangemessene Behandlung erfahren. Die Beschwerde kann an dieser Stelle relativ schnell zu einer Reaktion führen, im Optimalfall wird der Missstand behoben. Allerdings ist mit einem Erfolg in diesem Sinne nur zu rechnen, wenn die Beschwerde einen Missstand *innerhalb* des Systems angreift.

Darüber hinaus weist die Beschwerde als Skandalisierung von Missständen. Sie kann sowohl auf ein Abstellen des Missstandes innerhalb des Systems abzielen, als auch auf eine Umgestaltung von Strukturen. Letzteres führt in der Regel nicht zu schneller Abhilfe, und auch ein Einzelfall wird nicht zur Veränderung von Strukturen führen. An dieser Stelle bekommen unabhängige Beschwerdestellen als Teil eines Netzwerkes eine besondere Relevanz, da sie Informationen über Missstände sammeln und bündeln können und damit einen Aspekt von Gegenmacht etablieren können (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 15).

³⁵ Eine Gegenposition entwickelt Klaus Dörner, wenn er fordert: „Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen [...] immer beim jeweils ‚Letzten‘ beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt“ (Dörner, 2004b, S. 241).

2.5 Beschwerden

Eine Beschwerde wird in der Betriebswirtschaft (Stauss & Seidel, 2014) in einer ersten Annäherung als eine „Äußerung von Unzufriedenheit“ gefasst. Damit fassen die Autoren Äußerungen schriftlicher oder verbaler Natur auf, aus denen die Unzufriedenheit der Beschwerdeführer*innen hervorgeht. Beschwerdeführer*innen können direkt betroffen sein („Kunden“) oder „anderen Anspruchsgruppen“ zugehören, und Adressat*in der Beschwerde kann das „Unternehmen“ (also die behandelnde Person oder Einrichtung) oder aber eine „Drittinstitution“ sein (ebd., S. 28). Diese Definition setzt eine Artikulationsfähigkeit der Beschwerdeführer*innen voraus. Eine „Abstimmung mit den Füßen“ (wie ein Wechseln der behandelnden Person oder Einrichtung) oder eine Non-Compliance aufgrund von Unzufriedenheit fallen damit nicht unter diese Definition einer Beschwerde.

In dieser Betrachtung stellen sich Beschwerdeführer*in und adressiertes Unternehmen als prinzipiell gleichberechtigte Vertragspartner*innen oder gesellschaftliche Akteure gegenüber, ein Machtverhältnis konstituiert sich situativ und kann nicht vorausgesetzt werden. Diese Betrachtungsweise lässt sich allerdings nicht auf das psychiatrische oder psychosoziale Hilfesystem übertragen: Adressat*innen im Hilfesystem treffen nicht auf Augenhöhe auf diagnostizierende Ärzt*innen oder auch entscheidende Sozialarbeiter*innen. Sie stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis. Ihr Zusammentreffen ist darüber hinaus eingebunden in machtvolle Dispositive, die bestimmen, wer weshalb gesund oder krank ist. Beispielsweise kann eine Beschwerde Psychiatrie-Erfahrener, etwa zu unangemessenem Verhalten von Klinikpersonal, als wahnhaft diskreditiert und so als Ausdruck und bloßes Symptom der Krankheit bewertet werden (vgl. Abschnitt 2.2). Insofern muss eine auf einer marktförmigen Kunden-Dienstleistungsbeziehung aufbauende Auffassung von Beschwerden durch eine systematische Machtanalyse ergänzt werden.

Psychiatrie-Erfahrene und Mitarbeiter*innen von Beschwerdeeinrichtungen haben gemeinsam eine Definition von Beschwerden entwickelt:

Als Beschwerde wird generell die Kritik über einen erlebten oder selbst erfahrenen Missstand oder Mangel verstanden. Sie bezieht sich auf einen Vorgang oder eine Situation in der Vergangenheit oder in der Gegenwart. Die Erfahrung wird vom Beschwerdeführer als belastend empfunden, und er hofft, dass hieran etwas verändert werden kann. (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 12–13)

Diese Definition unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von derjenigen aus der Betriebswirtschaft. Die Äußerung der Kritik – und damit die Voraussetzung der Artikulationsfähigkeit – wird nicht im selben Maße in den Mittelpunkt gestellt. Dafür rückt eine Belastung der Beschwerdeführer*innen und die Hoffnung auf Abhilfe in den Fokus, die bei der betriebswirtschaftlichen Definition eine weitaus geringere Rolle gespielt hat. Auch diese Definition stellt Machtstrukturen nicht in ihren Mittelpunkt und soll daher durch machttheoretische Betrachtungen (vgl. Abschnitt 2.2) ergänzt werden.

Ausgangspunkt für eine Beschwerde ist ein (empfundener) Missstand. An dieser Stelle wirkt bereits das Dispositiv: Wird ein Zustand als Missstand empfunden? Von wem? Wer teilt, wer be- und wer verurteilt diesen Standpunkt? Das Spektrum reicht hier von Psychiatrie-Erfahrenen, die die Perspektive der Psychiatrie übernommen haben und keine Veränderung ihrer Lage anstreben, weil sie sich für „zu krank“ halten, um in einer eigenen Wohnung zu leben

(Dörner, 2004b, S. 242–243), bis zu antipsychiatrischen Bewegungen, die kriminalisiert und polizeilich verfolgt werden (Könsgen, 2008).

Dazu kommt: Beschwerden ist mit Aufwand und Risiko verbunden, wie die vorliegende Untersuchung zeigen wird. Auch deswegen kommen auf eine Person, die sich beschwert, in der Regel mehrere andere, die sich nicht beschweren (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 13). Es ist zu erwarten, dass die Umstände einer Beschwerde – Rechtslage, soziale und institutionelle Unterstützung, Aufwand etc. – den Anteil derjenigen beeinflussen, die sich über empfundene Missstände beschweren. Sowohl Wirtschaft (vgl. Stauss, 2006) als auch das psychiatrische Hilfesystem (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 9; 13) nehmen in Beschwerden auch Chancen wahr: Eine Beschwerde als produktiver Beitrag zur Verbesserung der Qualität³⁶. Insofern liegt es auch im Interesse von Trägern und Einrichtungen, Beschwerden zu erleichtern und einen konstruktiv-empowernden Umgang damit zu pflegen. Diese Einsicht scheint sich aber nur punktuell durchgesetzt zu haben und hat ihren Niederschlag auch noch nicht flächendeckend in Gesetzgebungen gefunden, sodass sich Beschwerdestrukturen regional deutlich unterscheiden.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick Möglichkeiten des Beschwerens im Gesundheitssystem und im Speziellen über die Unabhängigen Beschwerdestellen Psychiatrie gegeben werden.

2.5.1 Patient*innenrechte und die Möglichkeit, sich zu beschweren

Im Patientenrechtegesetz von 2013 wurden die Rechte von Patient*innen gegenüber ihren Behandler*innen gestärkt. Seitdem sind Kliniken verpflichtet, ein patient*innenorientiertes Beschwerdesystem einzurichten (Deutscher Bundestag, 2013a, S. 279). Die Einrichtung von Patient*innenfürsprecher*innen und Ombudsleuten obliegt der Gesetzgebung der Länder und ist in Bayern nicht verpflichtend geregelt³⁷. Darüber hinaus beraten Verbraucher*innenzentralen und die Unabhängige Patient*innenberatung Deutschland UPD (nach § 65b SGB V) und begleiten Patient*innen auch bei Beschwerden. Dieses System steht prinzipiell auch Psychiatrie-Erfahrenen offen, allerdings haben sich die Verbraucherzentralen auf somatische Erkrankungen spezialisiert (Hamann et al., 2008, S. 122). Eine Auflistung findet sich in Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2007, S. 17–22).

Psychiatrie-Erfahrene (und ihre Angehörigen) haben, was ein Beschweren angeht, besondere Bedürfnisse. Oft kennen und erwarten sie eine Stigmatisierung (beispielsweise nicht ernst genommen zu werden) und scheuen deswegen davor zurück, sich zu beschweren (ebd., S. 13), oder aber sie empfinden sich als einer Klinik oder einem Wohnheim ausgeliefert und fürchten die Konsequenzen, die eine Beschwerde für sie haben kann (ebd., S. 9). Aus dieser Erfahrung heraus entwickelten Akteur*innen der Selbsthilfebewegung Unabhängigen Beschwerdestellen Psychiatrie, die speziell auf die Bedürfnisse Psychiatrie-Erfahrener und ihrer Angehörigen zugeschnitten sind.

³⁶ Wobei sich die Zielrichtung möglicherweise nur auf den ersten Blick unterscheidet: In Zeiten profitorientierter Gesundheitsversorgung können Kundenbindung und Weiterempfehlung auch für psychiatrische Einrichtungen relevant werden.

³⁷ Es gibt eine freiwillige Handlungsempfehlung, Patient*innenfürsprecher*innen zu installieren, (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, n. d.).

2.5.2 Unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie

Unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie, die teilweise unter anderem Namen firmieren, sollen regional gebundene, einrichtungsunabhängige Anlaufstellen für Psychiatrie-erfahrene Menschen sein, die sich beschweren wollen.

Für unabhängige Beschwerdestellen wurden Standards entwickelt (ebd.), deren Verbreitung sich das Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie auf die Fahnen geschrieben hat (Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie, n. d.). Unter anderem wird eine trialogische Besetzung angestrebt, in der die Leitung eine betroffene oder angehörige Person innehaben soll und die Mitglieder prinzipiell gleichberechtigt sind. Die Anliegen der Beschwerdeführer*innen sollen parteilich, mit ihrer Zustimmung und unter ihrer Mitarbeit oder der Mitarbeit einer von ihnen benannten Vertrauensperson verfolgt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hat in einer Vollerhebung die Arbeit der Patientenfürsprecher*innen und der unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen untersucht (Hamann et al., 2008). Im Rahmen einer Bachelorarbeit soll aktuell diese Untersuchung wiederholt werden (Janse, 2021).

Da es bisher keine Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Beschwerdestellen Psychiatrie gibt, ist die regionale Ausgestaltung bundesweit sehr uneinheitlich. Während beispielsweise im Bezirk Oberbayern flächendeckend jeder Kreis eine unabhängige Beschwerdestelle hat, die vom Bezirk unterstützt und ausgestattet wird, gibt es andernorts (z. B. in Nürnberg oder Leipzig, Stand Februar 2021) keine unabhängigen Beschwerdestellen. Mancherorts sind Beschwerdestellen ehrenamtlich besetzt, an anderen Stellen (z. B. die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin) werden mehrere hauptamtliche Mitarbeiter*innen beschäftigt. Die Ausbildung der Mitarbeiter*innen unterscheidet sich, mitunter wird eine Ausbildung als EX-IN-Genesungsbegleiter*in vorausgesetzt. Beschwerdestellen werden in unterschiedlicher Trägerschaft, oft jedoch von Vereinen, betrieben (Hamann et al., 2008). Auch eine Anbindung an die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung wird zum Teil angestrebt³⁸. Die Erfahrungen der Beschwerdestellen sind verschieden. Während manche von ihnen mit mehreren Mitarbeiter*innen die Flut der Beschwerden kaum bewältigen können, bearbeiten andere nur wenige im Jahr. Über die Gründe dafür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, hier könnten strukturelle Ursachen wie die Bekanntheit oder die Erreichbarkeit der Beschwerdestelle eine Rolle spielen (ebd.)³⁹.

Als Beschwerdegründe fanden Hamann et al. (2008) unter anderem das Verhalten von Fachkräften gegenüber den Beschwerdeführer*innen, die nach ihrer Ansicht ungerechtfertigte Unterbringung, Beschwerden hinsichtlich Diagnosen und Therapien, über den Umgang gesetzlicher Betreuer*innen und über Wohnheime und Ämter. Dabei beschwerten sich Betroffene bei Patientenfürsprecher*innen eher über Probleme im stationären Bereich (Nebenwirkungen von Medikationen, Dosierung, etc.), Probleme im ambulanten Versorgungssystem landeten eher bei den Beschwerdestellen (ebd.).

³⁸ vgl. Thomas Bock: Persönliche Mitteilung vom 16.10.2020

³⁹ Hinweise darauf gibt auch die vorliegende Untersuchung: Zwei der fünf Interviewpartner*innen hatten eine Beschwerdestelle in Reichweite. Eine davon wurde über die Beschwerdestelle selbst kontaktiert und gab an, dass ihre Bekannten erst durch sie von der Existenz der Beschwerdestelle erfahren haben – und auch sie selbst sei eher durch einen Zufall darauf gestoßen. Die andere Interviewpartnerin aus dem psychotherapeutischen Hilfesystem kannte ihre lokale Beschwerdestelle nicht.

Im Hinblick auf die (möglichst niederschwellige) Einrichtung von Beschwerdestellen wird von Fachkräften mitunter die Befürchtung geäußert, Psychiatrie-Erfahrene könnten ermuntert werden, sich zu beschweren⁴⁰. Hamann (2008) kommt zu dem Ergebnis, dass nur in 17 bzw. 18 % der Fälle die Patientenfürsprecher*innen oder Mitarbeiter*innen der Beschwerdestellen die Beschwerde der Erkrankung der Beschwerdeführer*innen zurechneten. In einem Vortrag (Rossmann, n. d.) über die Erfahrungen der Berliner Informations- und Beschwerdestelle Psychiatrie berichtet deren langjährige Leiterin Petra Rossmann auch vom Umgang mit so genannt „schwierigen Beschwerdeführer*innen“. Ihrer Erfahrung nach gab es auch bei Beschwerden, die so nicht zutreffen, zumeist einen begründeten Kern. Dem Problem der Personen, die sich oft beschweren, begegnet man dort mit einer Höchstzahl von maximal zwei Beschwerden, bei denen eine Beschwerdeführer*in gleichzeitig unterstützt wird (ebd.). Die Unterstützung reicht dabei von Gesprächen mit den Beschwerdeführer*innen über vermittelnde Gespräche mit den Einrichtungen, über die sich beschwert wird bis hin zur Vermittlung an andere Beratungsstellen (Hamann et al., 2008).

⁴⁰ So überlegte eine Fachkraft, auf potentielle Interviewpartner*innen angesprochen, dass sie manche Personen nicht ermuntern wolle, sich zu beschweren. Im Interview äußerte sich Thomas Bock dahingehend, dass es Menschen gebe, die sich ständig beschweren, und mehrere Interviewpartnerinnen beschrieben, dass sie es sich schwierig vorstellen, bei Psychose-erfahrenen Beschwerdeführer*innen Psychose von Beschwerde zu unterscheiden – im Hinblick auf den Wahn genauso wie im Hinblick auf eine mögliche Stigmatisierung.

3 Methode

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die Betroffenenperspektive. Um diese optimal in die Fragenentwicklung und Auswertung einzubeziehen, wäre partizipative Forschung (Bergold & Thomas, 2020; Unger, 2014) eigentlich mein Anliegen gewesen. In der Zeit des pandemiebedingten *social distancing* und der Verschärfung der zeitlichen und organisationalen Begrenzung einer Bachelorarbeit wurden jedoch weder die Interviewpersonen noch andere Nutzer*innen am Forschungsprozess beteiligt.

Um die Betroffenenperspektive umfassend einbinden zu können, wurde daher das Forschungsdesign in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Mey & Mruck, 2007) so offen wie möglich gestaltet. Die Interpretation des empirischen Materials folgte dem zirkulären Dekonstruieren nach Jaeggi et al. (1998). Ziel war es, subjektives Erleben der Befragten zu rekonstruieren und daraus übergeordnete Muster zu Beschwerdemöglichkeiten im psychosozialen Hilfesystem zu rekonstruieren. Das Ergebnis einer solchen Untersuchung muss zwangsläufig von geringer Reichweite sein und ist explorativer Art.

Mit der Methodologie der Grounded Theory (in ihren verschiedenen Varianten) teilt die vorliegende Arbeit die Vorgehensweise, die Datenerhebung und -auswertung nicht zu trennen, sondern in einem zirkulären Prozess wieder zu durchlaufen. Dabei fließen erste Analyseergebnisse in die Auswahl weiterer Interviewpartner*innen im Rahmen eines *theoretical sampling* (Mey & Mruck, 2007) wieder ein.

Aus Gründen der Handhabbarkeit des Datenmaterials im Rahmen einer Bachelorarbeit wird jedoch auf die Kodierprozeduren verzichtet und die Einzelinterviews werden nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggi et al. 1998 ausgewertet. Mit den so erarbeiteten Kategorien werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Interviews herausgearbeitet und im Folgenden mit bestehenden Theorien mittlerer Reichweite in Beziehung gesetzt, um gegenstandsbezogene Theorien zu gewinnen. Es ist zu betonen, dass die gewonnenen Daten keine Rückschlüsse auf Kausalitäten zulassen.

3.1 Datenerhebung

Für die vorliegende Untersuchung wurden qualitative leitfadengestützte Interviews erhoben. Um einerseits Erzählungen der Interviewpersonen zu initiieren und ihre Sinnstrukturen rekonstruieren zu können, andererseits aber Nachfragen zu ermöglichen, fiel die Wahl auf ein teilnarratives Interviewformat (Helfferich, 2009, S. 179). Dabei wurden zum einen fünf Interviewpartner*innen für das vorliegende Forschungsprojekt gewonnen, mit denen Interviews zwischen 35 und 82 Minuten Länge geführt (durchschnittliche Länge: 56 Minuten) und jeweils Interviewprotokolle angefertigt wurden. Andererseits konnten im Rahmen eines anderen Projektes⁴¹ zwei Expert*innen und einer Psychiatrie-erfahrenen Person jeweils eine Frage zum Thema Beschwerden gestellt werden, zum Teil durch andere Forscherinnen. Im Rahmen dieser

⁴¹ Schwerpunktprojekt im Modul „Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung“: *Welche Erwartungen haben Borderline- und Psychose-Erfahrene an Sozialarbeiter*innen? – Erstellen von Lehrmitteln für das Modul ‚Psychosoziale Arbeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit‘*. Bagheri, Nekisa; Lenk, Elisa; Maragos, Celia; Pistor, Martina; Roch, Melanie. Projektleitung: Prof. Ruth Limmer, TH Nürnberg Georg Simon Ohm.

Untersuchung wird jeweils nur die Antwort auf diese eine Frage ausgewertet, Interviewprotokolle existieren nicht.

3.1.1 Interview-Rahmenbedingungen

Die Interviewpersonen sollten sich während des Interviews wohl fühlen und in einem sicheren Umfeld von belastenden Situationen erzählen können. Daher überließ ich die Wahl des Interview-Ortes den Interviewpartner*innen. Im Vorfeld teilte ich ihnen mit, dass sie sich etwa zwei Stunden Zeit nehmen mögen und wir einen ruhigen Raum brauchen. Daraufhin luden zwei der Interviewpartner*innen mich nach Hause ein, eine dritte bevorzugte einen Raum an der Hochschule. Für die später geführten Interviews war ein persönliches Treffen aus Gründen des Infektionsschutzes im Rahmen der SARS-Cov-2-Pandemie nicht mehr möglich. Sie wurden über Online-Audiokonferenzen durchgeführt und aufgezeichnet. Die Interview-Partner*innen wurden über den Zweck der Forschung und den Datenschutz aufgeklärt und unterschrieben eine Datenschutzerklärung.

Die Interviews hätten die Interviewpartner*innen in emotional schwierige Situationen bringen können. Diese Möglichkeit sprach ich im Vorfeld des Interviews jeweils an und fragte dabei nach, ob die Interviewperson nötigenfalls eine*n Ansprechpartner*in hätte, die sie emotional auffangen könnte. Zum Abschluss des Interviews fragte ich die Interviewpartner*innen jeweils nach ihrer Stimmung. Alle gaben an, sich wohl gefühlt zu haben und zufrieden zu sein, emotional schwierige Situationen während der Interviewsituationen entstanden nicht.

3.1.2 Leitfaden und Interview

Die Interviews strukturierte ich mittels eines Leitfadens, der zur Orientierung dienen sollte. Ziel war es, Erzählstimuli zu generieren und den Erzählfluss in Gang zu halten. Für die Erstellung des Leitfadens nutzte ich das SPSS-Prinzip (ebd., 182f.).

Ein Interview zu führen, ist eine machtvolle Situation. Ich als Forscherin habe ein Forschungsdesiderat, das ich zwar den Interviewpartner*innen versuche mitzuteilen, aber meine Hintergedanken zu den Fragen bleiben ihnen verborgen. Allein schon eine Frage zu stellen, etabliert ein Machtgefälle: Die fragende Person verschwindet hinter ihrer Frage, während die befragte Person gewissermaßen ins Rampenlicht gezerzt wird und sich entblößen soll (Bodenheimer, 1999). Helfferich (2009, 65 ff.) betont in diesem Zusammenhang hingegen die Ambivalenz zwischen Erzähldruck und Erzählfreiheit, der Möglichkeit, der erzählten Geschichte einen eigenen Sinn zu geben und die eigene Subjektivität auszudrücken – ebenfalls ein Aspekt von Macht. Das Interview als erzählende Person zu führen, zwischen Erzähldruck und Erzählfreiheit auszuwählen, was mit welchen Worten erzählt werden soll, ist eine komplexe kognitive und kommunikative Leistung, die einer entsprechenden Atmosphäre bedarf: Zeit zum Erzählen, Raum, Offenheit, Bewertungsfreiheit und Interesse von Seiten der Interviewer*in. Insofern wird gefordert, dass die Interviewer*in sich von ihren Interviewpartner*innen führen lassen solle (Kruse et al., 2015, S. 307).

Der Interviewbeginn wurde im Leitfaden mit einer kurzen Vorstellung des Projektes, der Durchführung des Interviews, Datenschutzinformationen und dem Klären offener Fragen konzipiert. Nach Start der Aufzeichnung folgte die Überleitung zum Hauptteil mit der Frage, wie sich die Interviewpartner*innen gern vorstellen wollen. Mit dieser Frage wollte ich einerseits

das Eis brechen und die Interviewpartner*innen zum Erzählen verleiten, andererseits scheint in der Beantwortung dieser Frage ihre Identität und ihr Selbstverständnis auf⁴². An dieser Stelle wurde schon Bezug auf das Thema des Beschwerens genommen („Was muss ich von Ihnen wissen, um Ihre Geschichte verstehen zu können?“) Damit sollte einerseits schon ein erster Fokus gesetzt werden, andererseits sollte die Einschränkung die Interviewpartner*innen einladen, nur von sich preiszugeben, was sie für relevant erachten und preisgeben wollen⁴³. Danach folgt ein Erzählstimulus, um die Situation, in der eine Beschwerde wichtig gewesen wäre, zu erfahren. Mit Nachfragen versuchte ich, die Situation zu verstehen: Hat die Person sich beschwert? Warum (nicht)? Was war nötig/wäre nötig gewesen? Eine zweite Hauptfrage versuchte, die emotionale Bedeutung und den Sinn der Situation und der (erfolgten oder nicht erfolgten) Beschwerde für die Interviewpartner*in zu erfragen. Zum Schluss wurden die Interviewpartner*innen gefragt, was sie an der erzählten Situation in der Rückschau gern ändern würden, damit es ihnen heute besser ginge. Mit der Antwort auf diese Frage konnte noch einmal die Bedeutung der Ereignisse für die Erzählperson eingeordnet werden: Was hier erzählt wurde, hat eine hohe Relevanz für die Interviewpartner*innen.

3.1.3 Interview-Protokoll

Im Anschluss an die Interviews habe ich – möglichst bald, spätestens jedoch im Abstand von 24 Stunden – ein Interviewprotokoll erstellt, wie es auch Helfferich (2009) empfiehlt. Es umfasst Details des Interviews (Datum, Interview-Nr. und Dauer), einen Hinweis auf das Zustandekommen des Kontakts, weiter Ort und Umstände des Interviews⁴⁴. Darüber hinaus gibt es Notizen über die Atmosphäre des Interviews, Besonderheiten und schwierige Passagen. Auch, was vor und nach der Aufzeichnung gesprochen wurde, ist ein relevanter Teil der gewonnenen Daten. Die Atmosphäre ist dann entspannter und vereinzelt fielen noch Aussagen, die die aufgenommenen Passagen ergänzen, erhellen oder unterstreichen können. Daher habe ich auch darüber Notizen verfasst (vgl. ebd., S. 368f.).

3.2 Auswahl der Interviewpartner*innen: Theoretical Sampling

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Ergebnisse hat die Wahl derjenigen, die für die Untersuchung befragt werden. Daher hat das Theoretical Sampling in der Grounded Theory einen hohen Stellenwert.

⁴² Dabei ist zu beachten, dass die Erzählung der Identität verzerrt ist durch das Wissen um den Anlass des Interviews. Für die situative Konstruktion der Identität wird die Rolle im psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystem eine größere Rolle spielen als ohne diesen Einflussfaktor.

⁴³ Auch im Verlauf des Interviews setzte ich gelegentlich Impulse, nur preiszugeben, was auch gut tut zu erzählen, um den schmalen Grat zwischen Interesse und Voyeurismus zu finden und die Regie über das Interview bei den Interviewpartner*innen zu belassen.

⁴⁴ Lamnek und Krell (2016) schlagen vor, im Postskriptum auch das Wohnumfeld und die Wohnung der Befragten in ihrer Ausstrahlung zu beschreiben. Das birgt gleichzeitig die Gefahr, die Befragten in gewissem Sinne bloßzustellen: Immerhin laden Psychiatrie-Erfahrene die Forscherin in ihre Privatwohnung und damit in ihren Intimbereich ein. Daher bleiben solche Darstellungen in den Interviewprotokollen eher knapp und sachlich.

3.2.1 Einschlusskriterien

Zunächst sollten potentielle Interviewpartner*innen Erfahrungen im psychiatrischen oder psychosozialen Hilfesystem gemacht haben, die sie selbst als beschwerdewürdig empfunden haben. Um Interviewpartner*innen zu finden, erwies es sich als notwendig, dass sie in irgendeiner Form an eine auch von außen erreichbare Institution angebunden waren – oder über persönliche Kontakte (jeweils über eine Kontaktperson) im (z. T. professionellen) persönlichen Umfeld von Menschen im Umfeld der Forscherin zu finden sein. Darüber hinaus war Artikulationsfähigkeit nötig, um ein Interview überhaupt führen zu können. Das bedeutete nicht nur, dass ich eine gemeinsame Sprache mit den Interviewpartner*innen finden musste, sondern auch, dass ein (digitaler) Kontaktweg notwendig war.

3.2.2 Zugang zu den Interviewpartner*innen

Eine Vorrecherche ergab, dass es in Mittelfranken zwar lokal Beschwerdestellen mit verschiedenen Zuständigkeiten gibt bzw. gegeben hat⁴⁵. Jedoch existieren weder Beschwerdestellen, die dem Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie angehören, noch Beschwerdestellen, die beim Bezirk Mittelfranken verankert wären. Anders sieht die Lage in Oberbayern aus (Bezirk Oberbayern, 2020). Hier gibt es neun trialogisch besetzte Beschwerdestellen. Sie arbeiten entsprechend den vom Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie entwickelten Vorgaben und werden von Angehörigen- und Betroffenenverbänden getragen. Aufgrund dieser sehr unterschiedlichen Strukturen in benachbarten Bezirken versprach ich mir kontrastierende Fälle, indem ich einerseits die Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfegruppen KISS Mittelfranken und andererseits die Unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle Oberbayern Nord⁴⁶ über ihre jeweils veröffentlichten E-Mail-Adressen kontaktierte mit der Bitte, potentielle Interviewpartner*innen anzusprechen.

Über KISS angesprochen meldeten sich Interviewpartnerinnen 1 und 2 bei mir, die beide bei einer Nürnberger Selbsthilfegruppe angebunden sind. Während Interviewpartnerin 1 seit dem ersten Auftreten ihrer Erkrankung überwiegend berentet ist und berichtet, kein soziales Umfeld zu haben, ist Interviewpartnerin 2 berufstätig und verheiratet, die Fälle kontrastieren also, wie im *theoretical sampling* gefordert. Ihre Erlebnisse unterscheiden sich drastisch, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie sich nicht beschwert haben, obwohl sie es gewollt hätten.

Interviewpartnerin 3 kontaktierte mich auf Vermittlung der Beschwerdestelle Oberbayern Nord. Sie ist nicht berufstätig und lebt mit ihrem Partner zusammen. Sie berichtet von wiederum anders gelagerten Erfahrungen und durchläuft zum Zeitpunkt des Interviews gerade ihren Beschwerdeprozess beim Bezirk Oberbayern, unterstützt durch die Beschwerdestelle.⁴⁷

Bei aller Unterschiedlichkeit der Fälle bis dahin fiel bei der Auswertung auf, dass die drei Interviewpartnerinnen – bei aller Unterschiedlichkeit der Erfahrungen und Beschwerdemöglichkeiten – eine hohe Artikulationsfähigkeit und eine akademische Ausbildung gemein haben.

⁴⁵ Beispielsweise die Unabhängige soziale Beschwerdestelle Nürnberger Land (Landkreis Nürnberger Land, 2020), die ehrenamtlich besetzt ist, oder die die Informations-, Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege (IBS) im Landkreis Erlangen-Höchstadt (Landratsamt Erlangen-Höchstadt, 2020).

⁴⁶ Getragen durch den Verein der Angehörigen psychisch Kranker der Region 10 und der Oberbayerischen Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (OSPE) e. V. (UpB Oberbayern Nord, 2021).

⁴⁷ Bei diesem Interview kommt es im Verlauf zu einer Besonderheit: Ihr Partner stößt zum Gespräch dazu und bringt sich mit ein.

Entsprechend sollte eine weitere interviewte Person möglichst keinen akademischen Hintergrund haben. Eine schlechtere Artikulationsfähigkeit hingegen würde einerseits einen Einfluss haben auf die (Un-)Möglichkeiten, sich zu beschweren. Gleichzeitig kann sich die Artikulationsfähigkeit auch auf die Fähigkeit auswirken, ein Interview zu führen. Bei der Auswertung der ersten Interviews ergab sich darüber hinaus sehr schnell Stigmatisierung als relevante Kategorie. Insofern lag es nahe, Menschen zu finden, die neben ihrer psychischen Erkrankung weiteren Dimensionen von Stigmatisierung ausgesetzt waren. Ich kontaktierte daher Mitarbeiter*innen von verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe⁴⁸. Allerdings konnte mir dort niemand eine*n Interviewpartner*in vermitteln⁴⁹.

Eine weitere Interviewpartnerin wurde mir aufgrund eines persönlichen Kontakts ihres Arbeitskollegen vermittelt: Interviewpartnerin 4 studiert aktuell, stammt aber aus einem afrikanischen Schwellenland und spricht Deutsch nach eigener Angabe etwa auf Sprachniveau B1. Somit erlebt sie gegenüber dem psychosozialen Hilfesystem eine Sprachbarriere, die ihre Artikulationsfähigkeit wesentlich einschränkt. Im Interview kann sie sich auf Englisch hingegen gut ausdrücken. Weitere Dimensionen der Diskriminierung (etwa aufgrund ihrer Hautfarbe) hielt sie im Vorgespräch für nicht relevant. Ihre Beschwerde stammt aus dem psychotherapeutischen Hilfesystem.

Der ehemalige Leiter eines Wohnheimes für psychisch Kranke sprach einen ehemaligen Nutzer dieses Heimes an und vermittelte mir den Kontakt. Ich durfte daraufhin Interviewpartner 5 kontaktieren. Er sollte eine lange Zeit im psychiatrischen Hilfesystem verbracht haben und keinen akademischen Hintergrund haben. Somit wäre er deutlich stärker als alle anderen Interviewpartner*innen von gesellschaftlicher Teilhabe exkludiert gewesen. Wir hatten bereits telefonischen Kontakt und einen Interviewtermin vereinbart, letztlich kam dieses Interview allerdings nicht zustande. Über die Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden: Erwartete er Stigmatisierung? Fühlte er sich unsicher? Hatte er keine Zeit für ein Interview, weil anderes wichtig war? Spielte die erwähnte psychiatrische Diagnose seiner Partnerin eine Rolle? Waren die technischen Barrieren zu hoch?

Interviewpartner 6 meldete sich, nachdem er über eine Sozialarbeiterin (persönliches Budget) angesprochen worden war, die ich nach Interviewpartner*innen gefragt hatte. Auch er hatte einen akademischen Hintergrund und war berentet. Er gab bereitwillig Auskunft über seine Erfahrungen im stationär-klinischen Bereich und die Unzulänglichkeiten der Behandlung, die er erfahren hat. Beschwerd hat er sich nie.

Darüber hinaus ergab es sich, dass im Rahmen eines studentischen Projektes Interviews mit einem Experten (Thomas Bock), einer selbst Psychiatrie-erfahrenen Expertin (Anja Link) und einer weiteren Psychiatrie-erfahrenen Person geführt wurden. Auch diese wurden mit einer Frage auf Beschwerdemöglichkeiten angesprochen und ihre Aussagen fließen punktuell in die Arbeit mit ein.

⁴⁸ Unterstützung im psychosozialen Hilfesystem zu erlangen ist voraussetzungsvoll. Für eine nennenswerte Anzahl von Wohnungslosigkeit Betroffener bedeutet das, dass sie aus dem psychosozialen Hilfesystem herausgefallen sind und niederschwellige Unterstützungen der Wohnungslosenhilfe in Anspruch nehmen, obwohl ihre psychische Erkrankung als behandlungsbedürftig eingeschätzt wird (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 2008).

⁴⁹ Neben strukturellen Problemen spielte an dieser Stelle die Corona-Pandemie eine wichtige Rolle: Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe waren oftmals überlastet und damit beschäftigt, ihren Nutzer*innen eine rudimentäre Versorgung und Unterstützung anzubieten.

3.2.3 Bewertung des Samples: Wer fehlt?

Zur Einschätzung meines Samples soll ein grober Vergleich der Interviewpartner*innen mit den Befragten der BAESCAP-Studie vorgenommen werden. Dort wurden „schwer psychisch Kranke“ befragt. Sie wurden anhand dessen identifiziert, dass sie Eingliederungshilfe bezogen. Für die vorliegende Untersuchung wurde kein solches Einschlusskriterium definiert. Im Nachhinein ergibt sich im Vergleich mit der BAESCAP-Studie folgendes Bild: Interviewpartner*innen 3 und 6 erfüllen das Einschlusskriterium (Betreutes Wohnen, Interview 3, Pos. 2 bzw. Persönliches Budget, Interview 6, Pos. 42) der BAESCAP-Studie, und möglicherweise stehen auch Interviewpartnerin 1 Leistungen der Eingliederungshilfe zu. Interviewpartnerinnen 2 und 4 geben keine Anhaltspunkte dafür, dass ihnen Eingliederungshilfe zustünde. Damit ist zu erwarten, dass die befragten Personen insgesamt weniger von Exklusion – in allen Dimensionen – betroffen sind als die für BAESCAP untersuchten Personen. Das zeigen auch die persönlichen Umstände der Interviewpartner*innen, soweit sie im Rahmen der Interviews thematisiert werden. Zwei der Interviewpartner*innen führen eine Partnerschaft und damit weniger als im SOEP, aber mehr als in der BAESCAP-Studie. Eine Interviewpartnerin geht einer Erwerbstätigkeit nach, eine studiert, zwei Interviewpartner*innen sind berentet und eine bezieht Grundsicherung. Das ist in etwa vergleichbar mit den Befragten der BAESCAP-Studie, allerdings waren dort viele der arbeitenden Befragten in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt – und unter den Interviewpartner*innen niemand. Ganz drastisch zeigen sich die Unterschiede zwischen den Interviewpartner*innen und den Befragten der BAESCAP-Studie allerdings im Hinblick auf den Bildungsabschluss: Alle Interviewpartnerinnen haben eine Hochschulreife und zumindest ein Studium begonnen, vier von fünf haben dabei auch einen Abschluss erzielt. Die BAESCAP-Studie erfasste nicht die digitale Teilhabe der untersuchten Zielgruppe. Ich hatte mit allen Interviewpartner*innen Kontakt via E-Mail; Menschen ohne Zugang zum Internet sind im Sample also nicht vertreten.

Die BAESCAP-Studie zeigt, dass mit steigendem Unterstützungsbedarf in der Wohnform der Grad an Fremdbestimmung im Alltag steigt (Heim, 2020, S. 61). Entsprechend könnte erwartet werden, dass auch die Möglichkeit, sich zu beschweren, mit steigendem Unterstützungsbedarf sinkt. Für die vorliegende Untersuchung konnte ich niemanden interviewen, der in einem Wohnheim lebt oder gelebt hat. In die Untersuchung gehen keine Menschen ein, deren Störung oder deren medikamentöse Behandlung sie stark einschränken, einen großen Unterstützungsbedarf begründen oder sich auf die Artikulationsfähigkeit auswirken. Es fehlen Menschen mit Fluchthintergrund, mit weiteren Exklusionsdimensionen wie Wohnungslosigkeit und Menschen im Zwangskontext (Forensik, Maßregelvollzug). Damit fehlen Gruppen, die besonders stark von Exklusion betroffen sind und die ich als vulnerabel einschätze.

Eine interessante Rolle in der Untersuchung spielt der Lebenspartner von Interviewpartnerin 3. Er wurde nur als solcher vorgestellt, stellte sich aber nicht selbst vor und seine Biographie bleibt komplett im Dunkeln. Er erwähnt kein Studium und drückt sich im Vergleich zu Interviewpartnerin deutlich drastischer und sarkastischer aus. Möglicherweise tauchen in seinen Äußerungen und in den Berichten der beiden über andere Nutzer*innen der Einrichtung (wenn auch nur schemenhaft) Menschen auf, die im Sample fehlen: Menschen ohne akademischen Hintergrund, Menschen mit eingeschränkter Artikulationsfähigkeit und Menschen, die

zu krank sind oder zu wenig soziale Unterstützung haben, um sich zu beschweren. Aber auch sie werden ambulant betreut und leben nicht im Heim.

3.3 Auswertung der Daten

Nicht nur das Führen eines Interviews (vgl. Abschnitt 3.1), in noch größerem Maße die Auswertung und Interpretation der Daten etabliert ein Machtverhältnis, das bereits bei der Transkription beginnt. An dieser Stelle fehlt die Partizipation der Interviewpartner*innen oder betroffener Co-Forscher*innen besonders schmerzlich.

Die fünf geführten Interviews sowie die drei Fragmente wurden transkribiert und nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens ausgewertet (Jaeggi et al., 1998). Dabei ließ ich mich in der Auswahl der Theorien, anhand derer ich die empirischen Ergebnisse einordnete und diskutierte, vom Interviewmaterial leiten. Die Erarbeitung der theoretischen Grundlagen erfolgte also parallel zur Auswertung der Interviews und ging dieser nicht voraus.

3.3.1 Transkription

Kruse et al. (2015, Kapitel 6) weist auf die Konstruktivität eines Transkriptes hin. Um einen Anteil paraverbaler Kommunikation mit in die Auswertung einbeziehen zu können, wird in der vorliegenden Arbeit vor allem auf das Transkriptionsschema⁵⁰ von Kruse zurückgegriffen (ebd., S. 354–355, vgl. Anhang A.4, S. A6).

3.3.2 Zirkuläres Dekonstruieren

Um dem engen zeitlichen Rahmen einer Bachelorarbeit gerecht werden zu können, werden die Interviews nach der Methode der zirkulären Dekonstruktion ausgewertet. Dabei werden die einzelnen Arbeitsschritte nicht linear absolviert, sondern immer wieder ergibt sich in einem Auswertungsschritt die Notwendigkeit, auf einen vorausgegangenen Schritt zurückzukommen und ihn noch einmal zu überarbeiten. Die folgende Beschreibung der Methodik beruht auf Jaeggi et al., 1998.

Auswertung der Einzelinterviews

Die Einzelinterviews werden in folgenden Schritten ausgewertet: Zunächst wird dem Text ein prägnanter Satz, der im Interview so gefallen ist, als Motto bzw. Überschrift gegeben (vgl. Abschnitt 4: Überschriften). Es folgt eine zusammenfassende Nacherzählung (vgl. Abschnitt 4), für die der Text gestrafft und überwiegend chronologisch erzählt wird. Dabei werden bereits Schwerpunkte für die weitergehende Interpretation gesetzt. Für das vorliegende Material erschien es als zweckmäßig, den Fokus auf die Sinngehalte der interviewten Personen zu richten und nicht in erster Linie die Interaktion der Interviews zu betrachten. Anschließend wird der Text in einer Stichwortliste, einer Auflistung von in-vivo-Codes, weiter gestrafft. Diese Stichworte werden Oberbegriffen zugeordnet, wobei die entstehenden Themenkataloge noch nicht

⁵⁰ Interview 4 wurde auf Englisch geführt und aufgrund des hohen Aufwands überwiegend in Schriftsprache überführt und nur in einigen Passagen nach Kruses Schema transkribiert. Für die Auswertung wurden auf Basis des Transkripts Kategorien erstellt und paraphrasiert, ohne zuvor Stichwortliste und Themenkatalog angefertigt zu haben. Das Expertinnen-Interview mit Anja Link hingegen wurde bereits in Schriftsprache transkribiert zur Verfügung gestellt und nach einem Abgleich mit der Audioaufzeichnung so verwendet.

den Anspruch erheben, feststehende Kategorien zu sein. In der folgenden Paraphrasierung wird nicht chronologisch nacherzählt, sondern thematisch geordnet und zusammengefasst, um zum Schluss für jedes Interview zentrale Kategorien formulieren zu können.

Vergleich der Interviews

Im zweiten Schritt werden dann die Interviews miteinander verglichen: Welche Kategorien tauchen in mehreren Interviews auf? Welche Kategorien sind idiosynkratisch, also einzigartig im Material? So war beispielsweise Interviewpartnerin 1 die einzige, die von einer Zwangsbehandlung mit Medikamenten und Fixierung berichtet, das Thema der Psychopharmaka wird jedoch in jedem Interview angesprochen: In den Interviews 1 und 2 zentral, in Interview 3 nahm es weniger Raum ein und in den Interviews 4 und 6 tauchte es am Rande auf.

In der folgenden Darstellung werden die gefundenen Kategorien eingeordnet (Abschnitt 5) und mit den Theorien in Verbindung gesetzt (Abschnitt 6). Die Darstellung basiert dabei in großem Maße auf den Formulierungen der Interviewpartner*innen selbst.