



**Freie Universität Berlin**

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Diplomstudiengang Psychologie

*Diplomarbeit*

# **Betroffenenbeteiligung**

Am Beispiel der Krisenpension

**Kathrin Kempen**

Bornstraße 11

12163 Berlin

030-85103486

kathrin@bornstr11.de

Erstgutachterin: Dr. Ingeborg Schürmann

Zweitgutachter: Prof. Dr. Manfred Zaumseil

Betreuerin: Dr. Ingeborg Schürmann

27.02.2008

## Danksagung

Ich danke meinem Freund Tillmann für sein offenes Ohr, die Ermutigung und Motivation während der Auswertung und meinen Eltern, ohne die mein Studium nicht möglich wäre.

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Mir ist bekannt: Bei der Verwendung von Inhalten aus dem Internet habe ich diese zu kennzeichnen und mit Datum sowie der Internet-Adresse (URL) ins Literaturverzeichnis aufzunehmen.

Diese Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ich bin mit der Einsichtnahme in der Bibliothek und auszugsweiser Kopie **einverstanden**. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben und dem Vermerk „unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit“ zulässig.

Berlin, den 27.02.2008

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Diplomarbeit wird der Frage nachgegangen, wie die betroffenenenspezifische Arbeit in der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* aussieht. Einleitend wird der aktuelle Forschungsstand umrissen. Es folgt die Darstellung der verwendeten qualitativen Methoden, wie z.B. dem Problemzentrierten Interview und Teilbereichen der Grounded Theory. Im Rahmen der Forschungsarbeit wird verdeutlicht, welche Aspekte zum gelingenden betroffenenenspezifischen Arbeiten mit den NutzerInnen der Krisenpension gehören. Dazu gehören „Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientierten Handwerkszeug“, „Betroffenenenspezifischer Kontaktaufbau“ und „(Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus“. Hinzu kommt die Darstellung der Ressourcen die eine betroffenenenspezifische Arbeit ermöglichen. Diese sind „Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung“, „Lernkompetenz“, „Angemessener Umgang mit Belastbarkeit“ und „Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Profis und Betroffenen“. Die betroffenenenspezifische Arbeit führt zu Konsequenzen für das Team. Die betroffenen MitarbeiterInnen erfahren ein (Wieder-)Erstarken. Die professionellen MitarbeiterInnen werden ohne Absicht fortgebildet. Hinzu kommt die Darstellung der Motivation und die Spezifizierung des Kontextes der gelingenden betroffenenenspezifischen Arbeit mit den NutzerInnen durch die Konzeption der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* und die von den Psychiatrieerfahrenen wahrgenommenen Tätigkeitsbereiche. Die Ergebnisse sind mit der Literatur zur Betroffenenbeteiligung und Krisenintervention zum Teil konsistent. Es ergeben sich Implikationen für die Praxis der Krisenpension und anderer psycho-sozialer, bzw. psychiatrischer Institutionen, welche erwägen Psychiatrieerfahrene zu beschäftigen.

## Abstract

This degree dissertation deals with the question how former mental-health patients work with users of the institution *Krisenpension und Hometreatment*. First of all, the current status of scientific research is presented, followed by the qualitative research methods used, such as the problem-centered interview and elements of the grounded theory. Within my thesis, light is shed on the aspects which belong to the consumer-specific work with the users of the *Krisenpension und Hometreatment* (“use of experience-evaluated and -oriented tools“, “user-specific approach and style of getting in contact“, “the lived and exemplified coping-optimism”). Furthermore I explain the resources that are needed to make user-involvement possible (“deliberate and adaptive handling with the experience of mental illness and psychiatric treatment“, “learning competence“, “adequate handling of psychological strain“, “beneficial basic conditions for the cooperation of professionals and ex-users”). The user-involvement leads to consequences for the team. The ex-users experience a (re-)gain of strength and the professionals can expand their skills. Moreover the motivation and the context as specification are presented in my findings. The context consists of the concept of the institution and the workfields of the ex-users. To some extent, my results are consistent with the current status of research. They result in implications to be realised in the practice of the *Krisenpension und Hometreatment* and other psycho-social or psychiatric institutions which consider to employ ex-users.

## Inhaltverzeichnis

<u>1. Einleitung</u>	Seite	10-12
<u>2. Theorie und aktueller Forschungsstand</u>	Seite	13-41
2.1 Arbeit	Seite	13-20
2.1.1 Die Bedeutung von Arbeit		14
2.1.2 Die Beschäftigungslage von psychisch Kranken		14-15
2.1.3 Bedeutungsvolle Tätigkeit?		15-16
2.1.4 Stigma und psychische Erkrankung		16-19
2.1.4.1 Öffentliche Stigmatisierung		16-18
2.1.4.2 Selbststigmatisierung		18-19
2.1.5 Beschäftigung, Tätigkeit, Arbeit und Stigmatisierung		19-20
2.2 Vom Ehrenamt zur Professionalität	Seite	21-22
2.3 Betroffenenbeteiligung	Seite	22-24
2.3.1 <i>Experienced-Involvement</i>		22-24
2.4 Internationale Forschungslage zur Betroffenenbeteiligung	Seite	24-32
2.4.1 Verbreitung der Betroffenenbeteiligung		24
2.4.2 Formen der Betroffenenbeteiligung		24-26
2.4.3 „Perspectives Concerning Consumers as Case Managers“ (Solomon & Draine 1996)		26
2.4.4 „Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm“ (Lyons et al 1996)		26-27
2.4.5 „Consumers as staff in assertive community treatment programs“ (Dixon et al 1997)		28-29
2.4.6 „The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. II Impressions of consumer-employees and other team members“ (Doherty et al 2004)		29-31
2.4.7 „Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation“ (Mowbray et al 1996)		31-32
2.5 Generelle Vorteile und Schwierigkeiten der Betroffenenbeteiligung	Seite	33-39
2.5.1 Vorteile		33
2.5.2 Schwierigkeiten und Lösungen		34-39
2.5.2.1 Doppelbeziehung		34-36
2.5.2.2 Rollenkonflikt und Rollenkonfusion		36-37
2.5.2.3 Vertraulichkeit und Schweigepflicht		37-39

2.6 Trialog	Seite	38-41
2.6.1 Das Psychoseseminar		38-41
<u>3. Methodik und Untersuchungsdesign</u>	Seite	42-57
3.1 Themenwahl	Seite	42-43
3.2 Forschungsfrage	Seite	44
3.3 Wahl eines qualitativen Untersuchungsdesigns	Seite	44
3.4 Erhebungsmethode	Seite	44-47
3.5 Durchführung des Problemzentrierten Interviews	Seite	48-50
3.5.1 Feldzugang		48
3.5.2 Sampling		48
3.5.3 Auswahl und Beschreibung der InterviewpartnerInnen		49-50
3.6 Die Protokolle des Trialogischen Forums	Seite	50-51
3.7 Datenauswertung durch Orientierung an der Grounded Theory	Seite	51-55
3.7.1 Offenes Kodieren		51-53
3.7.2 Axiales Kodieren		53-54
3.7.3 Selektives Kodieren		54
3.7.4 Eigenschaften und Dimensionen		54
3.7.5 <i>ATLAS.ti</i>		55
3.8 Gütekriterien	Seite	56-57
3.8.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit		56
3.8.2 Indikation des Forschungsprozesses		57
<u>4. Ergebnisse der empirischen Untersuchung</u>	Seite	58-95
4.1 Projektbeschreibung und Tätigkeitsbereiche der betroffenen MitarbeiterInnen	Seite	59-63
4.1.1 Darstellung des Projekts <i>Krisenpension und Hometreatment</i>		59-62
4.1.2 Tätigkeitsbereiche der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen		62-63
4.2 Motivation	Seite	64-66
4.2.1 Berufstätigkeit		64-65
4.2.2 Interesse am Konzept der Krisenpension		65-66
4.3 Ressourcen für eine erfolgreiche Beteiligung Psychiatererfahrener	Seite	66-78
4.3.1 Individuelle Ressourcen eines erfolgreichen betroffenenspezifischen Arbeitens		66-70
4.3.1.1 Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung		67-70
4.3.1.1.1 Be- und Verarbeitung der Erfahrung		67-68

4.3.1.1.2 Evaluation der Erfahrung	68
4.3.1.1.3 Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt mit den NutzerInnen der Krisenpension	69
4.3.1.2 Lernkompetenz	69-70
4.3.2. Überindividuelle Ressourcen: Angemessener Umgang mit Belastbarkeit und förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen	71-78
4.3.2.1 Belastbarkeit	71
4.3.2.1.1 Belastbarkeit der betroffenen MitarbeiterInnen	71-73
4.3.2.1.2 Angemessener Umgang mit Belastbarkeit	73-76
4.3.2.2. Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen	77-78
4.3.2.2.1 Ausgewogene Teamzusammensetzung	77-78
4.3.2.2.2 Positive Haltung der Professionellen gegenüber der Betroffenenbeteiligung	78
<b>4.4 Betroffenenpezifisches Arbeiten mit den NutzerInnen der Krisenpension</b>	<b>Seite 79-87</b>
4.4.1 Erfahrungsevaluiertes und -orientiertes Handwerkszeug	79-81
4.4.1.1 Beratung bei Schwierigkeiten und Entscheidungen	80
4.4.1.2 Anregung von Selbsthilfe	81
4.4.1.3 Gesprächsstrukturierung	81
4.4.2 Handlung auf der Grundlage von personalen Qualifikationen aus Erfahrung	82-87
4.4.2.1 (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus	82-83
4.4.2.2 Betroffenenpezifische(r) Kontaktfähigkeit/ -aufbau	84-87
4.4.2.2.1 Betroffenenpezifische Kontaktfähigkeit	84-86
4.4.2.2.2 Betroffenenpezifischer Kontaktaufbau	86-87
<b>4.5 Konsequenzen</b>	<b>Seite 88-93</b>
4.5.1 Fortbildung der Professionellen ohne Absicht	88-89
4.5.2 (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen	90-93
4.5.2.1 Aspekte der Tätigkeit	91-92
4.5.2.2 Veränderung des Umgangs mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung	92-93
4.5.2.3 (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen	93
<b>4.6 Gesamtzusammenhang der Ergebnisse</b>	<b>Seite 94-95</b>
<b><u>5. Diskussion</u></b>	<b>Seite 96-110</b>
<b>5.1 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zur Betroffenenbeteiligung</b>	<b>Seite 96-100</b>
5.1.1 Empathie und betroffenenspezifischer Kontaktaufbau	96
5.1.2 Verbreitung von Hoffnung und (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus	97
5.1.3 Fortbildung der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen	97-98



5.1.4 Compliance und der Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientiertem Handwerkszeug	98-99
5.1.5 Positive Veränderung der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen bezüglich der Einstellung gegenüber psychisch Kranken und förderliche Rahmenbedingungen	99
5.1.6 Zuwachs an Selbstbewusstsein für beteiligte Psychiatrieerfahrene und (Wieder-)Erstarken	100
5.2 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zur Krisenintervention	Seite 101-104
5.2.1 Vergleiche von Kunz et al (2004) mit den Teilergebnissen meiner Diplomarbeit	101-103
5.2.2 Erweiterte Multiprofessionalität	103-104
5.3 Implikationen für die Praxis	Seite 105-107
5.3.1 Ausbildung als gemeinsame Evaluation und Reflektion	105
5.3.2 Förderliche Rahmenbedingungen seitens der Institution und der professionellen KollegInnen	106-107
5.4 Betroffenenbeteiligung: Stigma oder Antistigma?	Seite 108-110
<u>6. Ausblick</u>	Seite 111-112
6.1 Umgang mit den Ergebnissen	Seite 111-112
6.2 Weitere Fragestellungen	112
<u>7. Literatur</u>	Seite 113-119
<u>8. Anhang</u>	Seite 120

## 1. Einleitung

Die Idee der Beteiligung Psychiatrieerfahrener in der psycho-sozialen oder psychiatrischen Versorgung ist nicht neu. So fordern Mosher und Burti im Buch „Psychiatrie in der Gemeinde“, welches im amerikanischen Original bereits 1989 erschienen ist, dass die MitarbeiterInnen in der Gemeindepsychiatrie folgende Erfahrungen gemacht haben sollten (Mosher & Burti 1992, S252):

1. Hatte mit wirklichen Lebensproblemen zu tun
2. Lebte mit Verrückten
3. Kampfsport (z.B. Judo)
4. Beteiligung am Gemeindeleben
5. Ausgebildet, Reaktionen wahrzunehmen und zu verstehen (dazu gehören Psychotherapie und Supervision)
6. Abhängigkeitserfahrung, Ex-User

Damit wird bereits in diesem Grundlagenwerk der Gemeindepsychiatrie und -psychologie angeregt; sogenannte „Ex-User“ oder Menschen, die schwerwiegende Probleme hatten, einzustellen. Amerikanische und kanadische Statistiken belegen, dass 38%, bzw. 79% (Besio & Mahler 1993, Vandergang 1996), der befragten Träger psychiatrieerfahrene, bezahlte MitarbeiterInnen beschäftigen. Trotzdem ist das Berliner Projekt *Krisenpension und Hometreatment*, welches im Herbst 2005 seine praktische Arbeit aufnahm, unter anderem bezüglich der Beteiligung Psychiatrieerfahrener als gleichberechtigte MitarbeiterInnen in Deutschland einzigartig.

In der vorliegenden Diplomarbeit werden zunächst theoretische Aspekte der Thematik und der aktuelle Forschungsstand erläutert. Dabei wird einleitend auf die Bereiche Arbeit und Stigma eingegangen. Des Weiteren werden internationale Studienergebnisse zur Betroffenenbeteiligung präsentiert.

Es folgt die Darstellung meines methodischen Vorgehens und die Entwicklung der Forschungsfrage „Wie sieht die spezifische Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* aus?“. Diese Frage wird mit qualitativen Methoden untersucht. Die Datenerhebung erfolgt mit dem problemzentrierten Interview. Die Daten werden in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet, wobei ich im Rahmen

dieser Arbeit nicht die Stufe einer Theoriebildung erreiche. Diese und weitere methodische Aspekte werden im dritten Kapitel beschrieben.

Das folgende vierte Kapitel behandelt meine Forschungsergebnisse. Es werden die Ressourcen „Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung“, „Lernkompetenz“, „Angemessener Umgang mit Belastbarkeit“ und „Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Profis und Betroffenen“ erläutert. Diese Ressourcen ermöglichen eine gelingende betroffenenspezifische Arbeit mit den NutzerInnen der Krisenpension. Diese Arbeit stellt das Phänomen dar. Die gelingende betroffenenspezifische Arbeit ist erstens der Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientiertem Handwerkszeug, zweitens der betroffenenspezifische Kontaktaufbau und drittens der (Vor-)Gelebte Bewältigungsoptimismus. Spezifiziert wird das Phänomen durch die Konzeption der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* und durch die Tätigkeitsbereiche der psychiatrienerfahrenen Teammitglieder. Weiter wird die Motivation der Betroffenen beschrieben, im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* zu arbeiten. Schließlich mündet die Arbeit in Konsequenzen für das Team. Die professionellen MitarbeiterInnen werden ohne Absicht fortgebildet und die betroffenen MitarbeiterInnen erfahren ein (Wieder-)Erstarken.

Im fünften Kapitel werden meine Ergebnisse mit den im zweiten Kapitel besprochenen wissenschaftlichen Ergebnissen zur Betroffenenbeteiligung verglichen. Meine Ergebnisse sind zum Teil mit den in der Literatur referierten Studienergebnissen zur Betroffenenbeteiligung konsistent. Desweiteren wird ein Vergleich zwischen in der Krisenintervention allgemein notwendigen Kompetenzen und den Ergebnissen meiner Arbeit gezogen.

Weiter liefert meine Arbeit Anregungen für die Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* selbst und für psycho-soziale, bzw. psychiatrische Träger, die erwägen, Betroffene als MitarbeiterInnen zu beschäftigen. Diese Anregungen werden ebenfalls im fünften Kapitel behandelt.

Das sechste Kapitel beschreibt den von mir angestrebten Umgang mit den Dipolarbeitsergebnissen und weitere mögliche Fragestellungen.

Im Hinblick auf die verwendeten Begriffe ist zu beachten, dass ich die Vokabeln „Betroffenheit“ und „Psychiatrieerfahrung“, trotz politisch unterschiedlicher Konnotation, äquivalent benutze. Weiter werden synonym „Erfahrung von psychischer Krankheit und

psychiatrischer Behandlung“, „Erfahrung mit psychischen Ausnahmesituationen“ und „Krisenerfahrung“ verwendet.

## 2. Theorie und aktueller Forschungsstand zur Betroffenenbeteiligung

Im folgenden Kapitel werden theoretische Aspekte und der aktuelle Forschungsstand zur Betroffenenbeteiligung dargelegt.

Im ersten Unterkapitel geht es um Arbeit, die Bedeutung von Arbeit, die Beschäftigungslage von psychisch Kranken, Charakterzüge einer bedeutungsvollen Tätigkeit, Stigmatisierung und Tätigkeit, bzw. Arbeit im Zusammenhang mit Stigmatisierung.

Es folgt im zweiten Unterkapitel der Ansatz von Klemmert (2001), der die Brücke zwischen Ehrenamt und Profession schlägt.

Im dritten Unterkapitel leite ich das Thema Betroffenenbeteiligung allgemein ein und setze mich mit der neuen europäischen Entwicklung des *Experienced-Involvement* auseinander.

Im vierten Unterkapitel präsentiere ich die internationalen Forschungsergebnisse zur Betroffenenbeteiligung. Um die Vielfalt und Vielschichtigkeit der Betroffenenbeteiligung zu illustrieren, habe ich fünf Studien ausgewählt und ihre Ergebnisse zusammengestellt.

Im fünften Teil geht es um Verallgemeinerung der Forschungsergebnisse im Bezug auf die Vorteile und Schwierigkeiten der Betroffenenbeteiligung. Weiter wird beschrieben, wie mit den benannten Schwierigkeiten umgegangen werden kann.

Das sechste und letzte Unterkapitel bezieht sich auf die Situation in Deutschland. Es wird unter der Überschrift „Dialog“ das Konzept des Psychoseminars beschrieben.

### 2.1 Arbeit

Was ist Arbeit? Welche Bedeutung hat Arbeit für das menschliche Leben? Diesen Fragen möchte ich zunächst auf einer allgemeinen, sozial- oder arbeitspsychologischen Ebene begegnen, bevor ich mich mit der Beschäftigungslage von psychisch Kranken und den damit verbundenen Problemen zuwende.

Arbeit wird definiert als „zielgerichtete menschliche Tätigkeit zum Zwecke der Transformation und Aneignung der Umwelt aufgrund selbst- oder fremddefinierter Aufgaben, mit gesellschaftlicher, materieller oder ideeller Bewertung, zur Realisierung oder Weiterentwicklung individueller oder kollektiver Bedürfnisse, Ansprüche und Kompetenzen.“ (Semmer & Udris 1993, S.134). Arbeit und Erwerbsarbeit unterscheiden sich definitionsgemäß durch einen „bestimmten Rahmen von Austauschbeziehungen“ (Semmer & Udris 1993, S.134), das heißt, der Unterschied liegt in der Bezahlung, bzw. Nicht-Bezahlung der Tätigkeit.

### 2.1.1 Die Bedeutung von Arbeit

Marie Johoda (1985) benennt die folgenden fünf grundlegenden psychologischen Bedeutungen der Arbeit für das menschliche Leben:

1. Arbeit gibt den Arbeitenden eine Zeitstruktur.
2. Arbeit führt durch den Kontakt zu KollegInnen zur Erweiterung des sozialen Horizonts der Arbeitenden.
3. Arbeit ist die „Demonstration des kollektiven Zwecks“ (Johoda 1985, S.97) der Wertschöpfung in einer industriellen Gesellschaft.
4. Arbeit beeinflusst Status und Identität.
5. Arbeit erzwingt Aktivität.

Damit stellt Arbeit einen wichtigen Teil des menschlichen Lebens dar.

### 2.1.2 Die Beschäftigungslage von psychisch Kranken

Der Blick auf die Beschäftigungslage der 400.000 bis 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter mit sogenannten schweren psychischen Beeinträchtigungen (Weber 2005) ergibt ein ernüchterndes Bild. Auf dem allgemeinen, ersten Arbeitsmarkt sind 1,5 % tätig, 17,2% arbeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen, 19,5% besuchen eine Tagesstätte, 6,3% gehen in Kontakt-/ und Beratungsstellen, 8,7% sind erwerbslos, 2,4% befinden sich in Umschulungen und 34,2% stehen dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung (Kronenberger & Cartstens 2002).

Kronenberger und Carstens (2002) beschreiben mit diesen Zahlen allerdings sogenannte schwer psychisch Kranke. Gerhard Längle (2002) hingegen erfasst mit seiner Studie alle Patienten, die mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis im Zeitraum eines Jahres in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen behandelt wurden (N=169). Er macht keinerlei Aussagen über die „Schwere“ der Erkrankung. Die Patienten wurden unmittelbar vor der Entlassung, nach sechs und nach zwölf Monaten untersucht. Längle (2002) stellt hierbei fest, dass die Quote der Patienten, die in regulären Arbeitsverhältnissen stehen, mit 24-30% relativ stabil ist. Allerdings sind 40% (Erhebung nach sechs Monaten), bzw. 39% (Erhebung nach 12 Monaten) unterhalb ihres Ausbildungsniveaus beschäftigt.

Peter Rüsç et al (2002) beschäftigen sich in ihrer Studie ebenfalls mit der Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. Sie kommen nach der Befragung von 251 Patienten während einer stationär-psychiatrischen Behandlung zum Ergebnis, dass 43% der Schizophrenie- und 46% der Affektkranken in den letzten zwölf Monaten vor der aktuellen stationär-psychiatrischen Behandlung erwerbstätig auf dem ersten Arbeitsmarkt waren, während 38% der Befragten keiner Beschäftigung nachgingen.

Jedoch vernachlässigen alle aufgeführten Studien die Personen, die z.B. in Selbsthilfegruppen, Kirchen, gemeinnützigen Vereinen oder Sportgruppen ehrenamtlich tätig sind. Doris Appel (2005) bezieht sich beispielsweise auf eine bundesweite Studie aus dem Jahre 2004, die ergab, dass 36% der Gesamtbevölkerung über dem Alter von vierzehn Jahren ehrenamtlich tätig sind. Für Appel (2005) ist dies nicht nur eine erfreuliche Zahl, sondern illustriert auch die Vielfältigkeit von beständig neu entstehenden Tätigkeitsfeldern und „dass die Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert besitzt“ (Appel 2005, S.107).

### 2.1.3 Bedeutungsvolle Tätigkeit?

Zentraler als die Frage, ob z.B. ehrenamtlich in Vereinen gearbeitet wird oder ob eine Person eine Tagesstätte besucht, ist die Frage, wodurch eine Beschäftigung bedeutungsvoll oder sinngebend wird. Neben der allgemeinen psychologischen Bedeutung von Arbeit, die unter dem Punkt 2.1.1 Die Bedeutung von Arbeit erläutert wird, spielen bestimmte Tätigkeitscharakteristika für die Beschäftigung von psychisch Kranken eine Rolle. Diese werden von Havalsøe und Josephsson (2003) durch ein qualitatives Untersuchungsdesign erfasst. Die Datengrundlage stellen acht narrative Interviews dar. Havalsøe und Josephsson (2003) lassen dabei in ihrem englischsprachigen Artikel offen, um welche Form von Beschäftigung es sich handelt, daher verwende ich die Begriffe Arbeit, Tätigkeit und Beschäftigung äquivalent. Die skandinavischen ForscherInnen gelangen zu drei wesentlichen Charakteristika einer sinngebenden Beschäftigung aus Betroffenenensicht:

1. Die Arbeit unterstützt die Herstellung und Wahrung von lebensweltlicher Normalität. Dieser Charakterzug einer bedeutungsvollen Beschäftigung ist beispielsweise mit den Erfahrungen von Autonomie, Kohärenz bzw. Gemeinschaft, einem gelingendem Zusammenspiel von Werten und Vorlieben und gestärkter Identität verbunden.

2. Die Tätigkeit führt zu intrinsischer Befriedigung und der Würdigung anderer.

Zu diesem Charakteristikum gehören unter anderem die Gefühle von Produktivität, einen wertvollen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten und die Erfahrung, auf ein bestimmtes Ziel hinzuarbeiten.

3. Die Beschäftigung führt zu positiven Gefühlen und Wohlbefinden.

Sinngebende Beschäftigungen wurden als Auslöser von positiven Gefühlen und Wohlbefinden charakterisiert, dabei spielen physisches und psychisches Wohlbefinden, Gefühle von Sicherheit und Abwechslung und die Strukturierung des Alltags eine Rolle.

#### 2.1.4 Stigma und psychische Erkrankung

Bevor unter 2.1.5 auf den Zusammenhang von Stigmatisierung und Arbeit eingegangen wird, sollen Forschungsergebnisse zur Stigmatisierung psychisch Kranker eingeführt werden.

Konzeptionell lässt sich Stigmatisierung in zwei Bereiche fassen, zum einen in den Bereich des öffentlichen Stigmas und zum anderen in den Bereich der Selbststigmatisierung (Rüsch et al 2005).

##### 2.1.4.1 Öffentliche Stigmatisierung

Rüsch et al (2005) erfassen in dieser Zwei-Faktoren-Theorie unter der öffentlichen Stigmatisierung Stereotypen über eine Gruppe, z.B. Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit und Charakterschwäche. Dies führt zu Vorurteilen und negativen emotionalen Reaktionen, beispielsweise Misstrauen oder Furcht und mündet schließlich in Diskriminierung, wie z.B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsanstellung.

Welche Haltung existiert nun in der Gesellschaft bezüglich psychischer Erkrankung? Gaebel et al (2002) werten in ihrer Studie eine telefonische, standardisierte Befragung von 7246 deutschsprachigen Personen über sechzehn Jahren aus. Alle Befragten leben im städtischen Raum. Hauptthemen der Befragung waren Allgemeinwissen bezüglich Schizophrenie, soziale Distanz gegenüber Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und soziale Stigmatisierung gegenüber psychisch Kranken im Allgemeinen.

Die Telefonbefragung ergab, dass 15% der TeilnehmerInnen in den letzten sechs Monaten durch die Medien Informationen über Schizophrenie erhalten hatten. 6,3% gaben an, dass sie



etwas über Schizophrenie in den Fernsehnachrichten gesehen oder der Tageszeitung gelesen hätten. Von diesen 6,3% gaben 22,2% an, dass die Darstellung der an Schizophrenie erkrankten Menschen negativ war. Die Berichte thematisierten Brutalität, Gefahr oder begangene Verbrechen.

Die Erhebung zur sozialen Stigmatisierung von psychisch Kranken ergibt folgendes Bild (nach Gaebel et al 2002, S.283):

Items zur sozialen Stigmatisierung	Zustimmung in Prozent (N=7246)
„Most people would pass over the application of a former mental patient in favour of another applicant.“	81,1%
„Most people would not hire a former mental patient to take care of their children.“	74,1%
„Most young women would reluctant to date a man who has been hospitalised for a serious mental disorder.“	69,6%
„Most young men would reluctant to date a woman who has been hospitalised for a serious mental disorder.“	66,7%
„Most people think less of a person who has been in a mental health hospital.“	62,9%
„Most people would take his or her opinion less seriously.“	50,0%
„Most people feel that entering a mental hospital is a sign of personal failure.“	46,6%

In den Items wird nicht zwischen verschiedenen psychischen Krankheiten unterschieden. Angermeyer und Matschinger (2003) untersuchen in ihrer Studie die Unterschiede und Ähnlichkeiten der öffentlichen Einstellung gegenüber Schizophrenie und Depressionen. Ein wesentliches Ergebnis ihrer Studie ist, dass auf Depressionen häufiger mit pro-sozialem Verhalten reagiert wird (z.B. Bedürfnis zu helfen oder Empathie) und dass an Schizophrenie Erkrankten eher Gefahr und Unberechenbarkeit zugeschrieben wird als an Depression Erkrankten. Somit scheinen Unterschiede hinsichtlich der Stigmatisierung von psychisch Kranken zu bestehen.

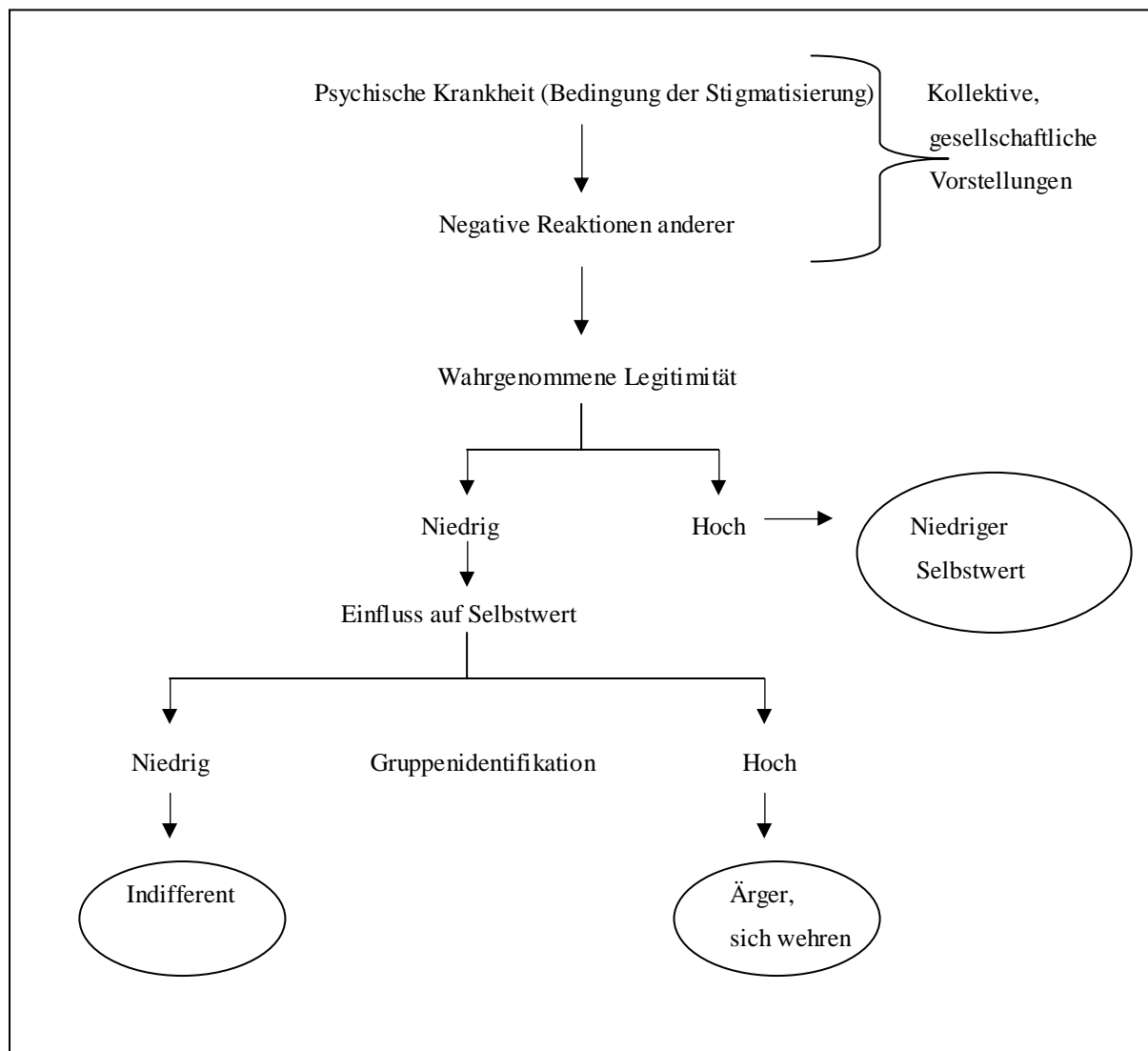
Laut Corrigan und Watson (2002) hat die gesellschaftliche Stigmatisierung psychisch Kranker, trotz vielfältiger Antistigmakampagnen, in den letzten 30 Jahren zugenommen.

#### 2.1.4.2 Selbststigmatisierung

Unter dem Bereich der Selbststigmatisierung subsumieren Rüsç et al (2005) negative Meinungen oder Stereotypen über sich selbst, beispielsweise „Ich bin charakterschwach“ oder „Ich bin inkompetent“. Diese Selbststereotypen münden in Selbstvorurteilen und negativen emotionalen Reaktionen auf sich selbst, beispielsweise in einem niedrigen Selbstwert. Letztendlich kommt es zu Selbstdiskriminierung durch die Verhaltensreaktion auf die Vorurteile, es wird beispielsweise die Arbeits- oder Wohnungssuche aufgegeben. Holzinger et al (2003) kamen z.B. in ihrer Studie zum Ergebnis, dass die antizipierte Stigmatisierung größer ist als die tatsächlich erlebte Stigmatisierung. In der Studie befürchteten 75%, dass ihre Bewerbung um einen Arbeitsplatz nicht erfolgreich wäre, wenn die psychische Erkrankung bekannt würde und 15% sprachen sich dafür aus, es erst gar nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt zu versuchen. So kann die Differenz zwischen antizipierter und erlebter Stigmatisierung möglicherweise durch Selbststigmatisierung oder Vermeidung erklärt werden.

Den Gegenpol zur Selbststigmatisierung stellt Selbstbestimmung dar. Selbstbestimmte Personen zeichnen sich dadurch aus, dass sie trotz einer z.B. psychischen Erkrankung ein positives Selbstwertgefühl haben. Nach der Analyse der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur kommen Rüsç et al (2005) im Bezug auf die Frage wie weit Selbststigmatisierung verbreitet ist auf eine ambivalente Antwort. Teilweise zeigen die Ergebnisse, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das Bewusstsein der öffentlichen Vorurteile einen geringeren Selbstwert zeigen. Andere Studien hingegen belegen einen erhöhten Selbstwert von Minderheiten. „Stigmatisiert zu werden kann zu psychologischer Reaktanz führen, so dass sich Menschen anstelle der Anwendung öffentlicher Vorurteile auf sich selbst gegen diese negative Bewertung wehren, was zu positiver Selbstwahrnehmung führt“ (Rüsç et al S.224-225). Auch gibt es Personen, für die die Stigmatisierung keine Rolle spielt, ihre Reaktion ist indifferent (Corrigan & Watson 2002). Diese Ambivalenz wird auch als „Paradoxon von Selbststigma und psychischer Erkrankung“ (Corrigan & Watson 2002) bezeichnet. Entscheidend ist nach Corrigan und Watson (2002) neben der wahrgenommenen Legitimität der Stigmatisierung, die Identifikation mit der Gruppe der Stigmatisierten, in

diesem Fall der psychisch Kranken. Zur Veranschaulichung des „Paradoxons von Selbststigma und psychischer Erkrankung“ kann folgende Grafik dienen:



**Abbildung 1: Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit, nach Corrigan & Watson 2002, S.40**

### 2.1.5 Beschäftigung, Tätigkeit, Arbeit und Stigmatisierung

Bereiche der Stigmatisierung von psychisch Kranken betreffen interpersonelle Interaktion (z.B. Ablehnung durch andere, Kontaktvermeidung), das allgemein in der Öffentlichkeit herrschendem Bild (z.B. Berichterstattung in den Medien, Darstellung in Spielfilmen), strukturelle Diskriminierung (z.B. Versicherungsabschluss, Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen) und den Zugang zu sozialen Rollen (z.B. Partnerschaft, Arbeitsplatz). In Bezug auf die soziale Rolle des Arbeitnehmers stellen Holzinger et al (2003) fest, dass 69% der von ihnen untersuchten an schizophrenen Störungen erkrankten Menschen

glauben, dass sie in Bewerbungssituationen diskriminiert werden würden. 19% der Untersuchten haben eine solche Stigmatisierung erlebt.

Asmus Finzen (2001) Frage, ob die Betroffenen die Krankheit verstecken sollen, wenn sie sich z.B. um einen Arbeitsplatz bewerben oder nach einer Krankheitsphase an den Arbeitsplatz zurückkehren, scheint also äußerst brisant.

So fällt die Antwort hier auch nicht leicht, denn auf der einen Seite stehen die Stigmatisierungen und Diskriminierungen, die gerade mit der Vokabel „Schizophrenie“ verbunden sind, wie z.B. Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit, Unzuverlässigkeit, Realitätsferne, Kindlichkeit etc.. Finzen (2001) spricht von einer „sozialen Katastrophe“ (Finzen 2001, S.97), wenn die schizophrene Erkrankung gegenüber anderen als solche benannt wird. Auf der anderen Seite kann Finzen (2001) jedoch auch nicht dazu raten, die Krankheit einfach zu verstecken, besonders, wenn die oder der Betroffene auf Arbeitssuche ist. Rechtlich gesehen handelt es sich laut Finzen (2001) um Anstellungsbetrug, wenn die Diagnose verschwiegen wird, d.h. dass ein späteres bekannt-werden der Diagnose den Arbeitsplatzverlust bedeuten kann. Finzen (2001) kommt zum Schluss, dass die Empfehlung zu lügen nur richtig ist, „wenn der Gesundheitszustand stabil ist, wenn Restsymptome entweder nicht mehr vorhanden oder zuverlässig unter Kontrolle sind“ (Finzen 2001, S.98). Finzen (2001) hält den Ratschlag zu lügen allerdings für falsch, „wenn die Krankheit fortbesteht, wenn die Kranken vermindert belastbar sind, wenn sie eine soziale oder berufliche Nische suchen oder beschützte Arbeit. Sie ist möglicherweise auch dann falsch, wenn die Kranken einen Arbeitsplatz haben, wenn sie aus ihrer beruflichen Tätigkeit heraus erkranken, in die Klinik müssen und den Weg zurück suchen“ (Finzen 2001, S.98). Finzen begründet den Rat zur Offenheit in diesen Fällen damit, dass sich die Betroffenen nach Psychosen oftmals verändert haben und dass die Belastbarkeit häufig eingeschränkt ist. Er schränkt seinen Rat zur Offenheit aber auf den folgenden Seiten wieder ein und rät zu „Teilinformationen“, d.h. z.B. von psychischen Problemen oder Symptomen wie Ängsten oder Schlafstörungen zu sprechen.

Doris Appel (2005), die sich in ihrem Text auf die ehrenamtliche Tätigkeit, nicht die Erwerbstätigkeit bezieht, plädiert klar für Offenheit und rät Betroffenen bereits beim ersten Kontakt, mit der Einrichtung in der die Person ehrenamtlich mitarbeiten möchte, über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Person zu sprechen. Appel (2005) meint, dass diese Offenheit entlastet und dass nur so zufriedenstellende Bedingungen für beide Seiten geschaffen werden können.

## 2.2 Vom Ehrenamt zur Professionalität

Oskar Klemmert (2001) entwirft in seinem Artikel „Experte aus Betroffenheit - Wird im neuen Jahrhundert die Tür zu einer alternativen Professionalität aufgestoßen?“ ein neues Verständnis der Professionalität im Bereich der Sozialen Arbeit, das sich einerseits aus der persönlichen Erfahrung und andererseits aus einer ehrenamtlichen Tätigkeit und einer das Ehrenamt begleitenden Ausbildung speist.

Angesichts der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit und der großen Zahl der in der Selbsthilfe Aktiven, Klemmert spricht von 70.000 Selbsthilfegruppen mit etwa 2,6 Millionen Mitgliedern (Klemmert 2001), und den historischen Wurzeln der Profession der Sozialen Arbeit im Ehrenamt entwickelt Klemmert (2001) einen siebenstufigen Weg zum „Experten aus Betroffenheit“.

Grundsätzlich kommen alle BürgerInnen in Frage, sich zum „Experten aus Betroffenheit“ zu qualifizieren, die eine Lebenskrise verschiedenster Art, z.B. eine psychische Krise, schwere Erkrankung oder einen Schicksalsschlag, erfahren (1), in Kontakt mit Selbsthilfegruppen oder anderen Formen des Austauschs mit Gleichbetroffenen treten (2), durch diesen Kontakt die Krise überwinden, bzw. mit ihren Folgen zu leben lernen (3) und allmählich (4) zur LeiterIn der Gruppe, GremienvertreterIn, OrganisatorIn, BetreuerIn oder BeraterIn der Selbsthilfegruppe werden (5). Der sechste Schritt ist in Klemmerts (2001) Konzeption, dass eine ehrenamtsbegleitende Ausbildung begonnen wird. Der Autor lässt hierbei offen, ob die Ausbildung zu einem neuen Berufsbild, z.B. dem „Selbsthilfeunterstützer“ oder einem bereits etablierten Beruf führen soll. Wichtig ist aber, dass die ehrenamtliche Tätigkeit über einen längeren, kontinuierlichen Zeitraum (Klemmert schlägt zwei Jahre vor) vor Ausbildungsbeginn nachgewiesen werden kann und dass der Charakter der Ausbildung dual ist. Auf diese Weise kann die sich in der Ausbildung befindende Person ihren bisherigen ehrenamtlichen Aufgaben in der Selbsthilfe weiter nachgehen und bereits Anteile der Weiterbildung integrieren. Das Curriculum, welches Klemmert (2001) vorschwebt, ist problemübergreifend, d.h. es werden für die Selbsthilfeunterstützung typische Fragen und Probleme aufgegriffen. Trotzdem ist es den TeilnehmerInnen des Ausbildungsganges nur möglich sich für den Bereich zu qualifizieren, den sie aus der eigenen Erfahrung kennen. Schließlich mündet die Ausbildung in einer bezahlten Berufstätigkeit in z.B. Bereichen wie den Sozialversicherungsträgern, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfeverbänden, Selbsthilfekontaktstellen oder Weiterbildungseinrichtungen (7). Konkrete Beispiele sind z.B. die alleinerziehende Mutter oder der alleinerziehende Vater, die als freie MitarbeiterInnen für den Verband der alleinerziehenden Mütter und Väter im Rahmen von Bildungswochenenden

als DozentInnen tätig sind oder die ehemals essgestörte Frau, die alle Stadien der Magersucht durchgestanden hat und nun als therapeutische Kraft in einer Fachklinik oder Beratungsstelle tätig ist.

Durch den „Experten aus Betroffenheit“ erhofft sich Klemmert eine „innerlich unabhängige und biographisch verankerte Helfermentalität“ (Klemmert 2001, S.86).

### 2.3 Betroffenenbeteiligung

Betroffenenbeteiligung hat verschiedene Ebenen und kann in unterschiedlichen Bereichen umgesetzt werden. Denkbare Bereiche sind erstens die Einbeziehung von NutzerInnen einer Hilfeleistung in die Planung ihrer konkreten Hilfe, dies ist die häufigste Form (Braye 2000). Zweitens kann Betroffenenbeteiligung bedeuten, dass Betroffene in Forschung und Evaluation einbezogen werden, hier ist der Fokus auf die Entwicklung von nutzerInnenorientierten Diensten gerichtet. Drittens können Betroffene in die Aus- und Fortbildung (zukünftiger) Professioneller einbezogen werden. Viertens kann Betroffenenbeteiligung bedeuten, dass durch politische oder verbandbezogene Arbeit NutzerInnen von psycho-sozialen Einrichtungen ermutigt werden, auf einer gesellschaftlichen Ebene tätig zu werden. Fünftens kann man unter Betroffenenbeteiligung verstehen, dass die (Ex-)NutzerInnen einer Hilfe ebendiese Hilfe in diversen Zusammenhängen für Andere anbieten.

Im Folgenden soll es um diese letztere Form der Beteiligung im Bereich der psychiatrischen Hilfe gehen.

Die Beteiligung Psychiatrieerfahrener ist im deutschsprachigen Raum nicht erforscht und wird nur selten praktiziert.

#### 2.3.1. Experienced-Involvement

Eine neuere Entwicklung ist das europäische Pilotprojekt *Experienced-Involvement* (kurz *Ex-In*), welches auf die Qualifizierung Psychiatrieerfahrener für Lehre, Forschung und Mitarbeit im psycho-sozialen oder psychiatrischen Bereich abzielt.

Das Projekt wurde in den Jahren 2005 bis 2007 mit 376.000 Euro durch das EU-Programm Leonardo da Vinci gefördert.

Das Projekt entstand durch einen Zusammenschluss von norwegischen, schwedischen, britischen, niederländischen, slowenischen und deutschen Betroffenenorganisationen, Bildungseinrichtungen und psychiatrischen Diensten. Laut Jörg Utschakowski<sup>1</sup>, der an der Entwicklung und Umsetzung von Ex-In beteiligt ist, waren ausschlaggebende Faktoren, die zur Gründung der Initiative führten, dass niederländische und britische Kontakte zeigen, „dass die Beteiligung von Experten durch Erfahrung möglich ist, bezahlt wird und die Qualität der Angebote verbessert“ (Utschakowski 2008<sup>2</sup>). Weiter war die Unzufriedenheit mit der psychiatrischen Versorgung wichtig.

Ziel ist es, Psychiatrieerfahrene gezielt zu qualifizieren, um sie als DozentInnen in Aus- und Fortbildung und in der praktischen Arbeit im psychiatrischen Bereich, z.B. als GenesungsbegleiterInnen, einsetzen zu können. Im Gegensatz zu Klemmerts Konzeption liegt der Fokus des europäischen Pilotprojekts *Experienced-Involvement* nicht explizit auf dem Selbsthilfebereich.

Die Fortbildungsmaßnahme gliedert sich in einen Basiskurs, der 100 Unterrichtsstunden umfasst und in einen Aufbaukurs mit 150 Stunden.

Im Basiskurs werden die Module „Erfahrung des Andersseins“, „Empowerment“, „Genesung/Wiedererstarben (Recovery)“, „Gesundheits- und Sozialsystem“ und „Dialog“ behandelt. Tenor der Module ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Krisenerfahrung.

Der Aufbaukurs setzt sich aus den Unterrichtseinheiten „Beratung und Begleitung durch Betroffene“, „Evaluation psychiatrischer Dienste“, „Umgang mit Krisen“, „Gesundheitsförderung“ sowie „Ausbilden und Unterstützen“ zusammen. Im Aufbaukurs geht es verstärkt um die Vorbereitung von spezifischen Tätigkeiten, wie einer Lehrtätigkeit oder der Arbeit in der psycho-sozialen bzw. psychiatrischen Hilfe.

Im Unterschied zu anderen Programmen, die Laien für die Arbeit beispielsweise im sozialpsychiatrischen Sektor qualifizieren, sind nach Utschakowski<sup>3</sup> sämtliche Unterrichtsinhalte an den eigenen Erfahrungen mit psychischen Ausnahmesituationen orientiert. Für Utschakowski<sup>4</sup> ist damit das Lehrangebot immer nur ein Anreiz, die besprochenen Theorien, Konzepte und Methoden auf dem eigenen und kollektiven Erfahrungshintergrund zu reflektieren, um sie gewinnbringend für andere einzusetzen.

Desweiteren sind zwei Praktika vorgesehen.

---

<sup>1</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

<sup>2</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

<sup>3</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

<sup>4</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

Der Berufs- und Bildungshintergrund der TeilnehmerInnen spielt Utschakowski zu Folge für die Zulassung zur Ausbildung keine Rolle. Vielmehr ist nach Utschakowski<sup>5</sup> zentral, dass die TeilnehmerInnen über Erfahrung mit psychischer Erkrankung verfügen und bereit sind sich mit diese Erfahrung im Rahmen der Kursgruppe auseinanderzusetzen. So sollen die TeilnehmerInnen von einem „Ich-Wissen“ zu einem „Wir-Wissen“ gelangen. Hinzu kommt, dass die TeilnehmerInnen mit *Experienced-Involvement* eine übergeordnete oder berufliche Perspektive verbinden sollten, da es sich nicht um ein erweitertes Selbsterfahrungsangebot handeln soll.

Die deutschen TeilnehmerInnen mussten während der Förderung durch die Europäische Union einen Monatsbeitrag von 40 Euro entrichten, damit beliefen sich die Kosten für den Basiskurs auf 200 Euro.

Am Ende der Qualifizierungsmaßnahme erhalten die TeilnehmerInnen eine Zertifizierung, welche den Titel „ExpertIn durch Erfahrung in der Gesundheitsförderung“ trägt.

## 2.4 Internationale Forschungslage zur Betroffenenbeteiligung

### 2.4.1 Verbreitung der Betroffenenbeteiligung

Im englischsprachigen Raum ist die Beteiligung Psychiatrieerfahrener weiter verbreitet als in Deutschland.

In einer Befragung von Besio und Mahler (Besio & Mahler 1993) aus dem Jahre 1989 gaben 38% der 378 befragten Träger für betreutes Wohnen in den USA an, dass sie Betroffene als bezahlte MitarbeiterInnen beschäftigen.

Eine 1996 durchgeführte Erhebung von Vandergang (Vandergang 1996) zeigte, dass die 30 von ihr befragten psychiatrischen Träger in Toronto, Kanada zu 97% Betroffene beschäftigen, bzw. Betroffene in den Organisationsbeiräten mitwirken. In 79% der Fälle erhielten die Betroffenen eine Vergütung für ihre Tätigkeit außerhalb des Beirates der jeweiligen Organisation.

### 2.4.2 Formen der Betroffenenbeteiligung

Die Unterschiedlichkeit der untersuchten Dienste, in denen Psychiatrieerfahrene mitarbeiten, zeigt wie vielfältig die potentiellen Möglichkeiten der Beteiligung sind.

---

<sup>5</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008



Moxley und Mowbray (Dixon et al 1997) entwerfen das folgende viergliedrige Modell zur Unterscheidung der Dienste, in denen Psychiatrieerfahrene tätig sind:

1. Selbsthilfe

Diese Projekte sind betroffenenkontrolliert und laufen zumeist ohne eine Mitwirkung von Professionellen ab. Konzeptionell ist vorgesehen, dass sich alle TeilnehmerInnen gegenseitig unterstützen. Die Arbeit ist von traditionellen psychiatrischen Systemen unabhängig.

2. Betroffenenkontrollierte Dienste, bei denen Psychiatrieerfahrene traditionelle Hilfeleistungen anbieten, die normalerweise von Professionellen erbracht werden.

Ein Berliner Beispiel ist der Träger *Support*. *Support* ist ein Träger für Einzelfallhilfe nach § 53 und § 54 SGB XII. Die Betroffenen die hier tätig sind bieten damit eine traditionelle Hilfeleistung an.

3. Betroffene arbeiten in traditionellen psychiatrischen Berufsfeldern innerhalb von traditionellen Trägerstrukturen.

4. Betroffene sind innerhalb traditioneller psychiatrischer Trägerstrukturen tätig, die Tätigkeitsfelder sind allerdings betroffenenspezifisch und oftmals betroffeneninitiiert.

Dixon, Hackman und Lehman (Dixon et al 1997) schlagen hingegen vor, die Beteiligung Psychiatrieerfahrender in Planung, Ausführung und Evaluation eines psychiatrischen Projekts anhand von zwei Dimensionen zu vergleichen.

Die eine Dimension beschreibt, ob die Tätigkeit der Betroffenen spezifisch für Psychiatrieerfahrene, d.h. ob sie nur von Psychiatrieerfahrenen ausgefüllt werden kann oder ob der Tätigkeitsbereich auch von Laien oder Professionellen, die keine Psychiatrieerfahrung haben, übernommen werden kann.

Die andere Dimension beschreibt das Ausmaß der Integration der Arbeit der Betroffenen in das psychiatrische System.

Um die oben von mir erwähnte Vielfältigkeit der Formen der Betroffenenbeteiligung und auch die breitgefächerten Einsatzmöglichkeiten zu skizzieren, habe ich fünf Studien aus englischsprachigen Ländern ausgewählt und das Forschungsdesign, das untersuchte Tätigkeitsfeld der betroffenen MitarbeiterInnen sowie die wesentlichen Forschungsergebnisse zusammengefasst. Im Anschluss an diese Studien komme ich zu den generellen Stärken und

Schwierigkeiten der Betroffenenbeteiligung. Weiter wird umrissen, wie mit diesen Schwierigkeiten umgegangen werden kann.

#### 2.4.3 „Perspectives Concerning Consumers as Case Managers“ (Solomon & Draine 1996)

Die Studie „Perspectives Concerning Consumers as Case Managers“ von Solomon und Draine (1996) lässt sich nach dem Schema von Mowbray und Moxley in die zweite Kategorie einordnen; es handelt sich um einen betroffenenkontrollierten Dienst, der eine Hilfeleistung anbietet, die normalerweise von Professionellen erbracht wird.

In der randomisierten Feldstudie vergleichen sie zwei Vierergruppen von Case ManagerInnen, denen 96 KlientInnen per Zufallsauswahl innerhalb eines Jahres zugewiesen werden. Die eine Gruppe besteht aus psychiatrienerfahrenen Case ManagerInnen, die Mitglieder einer Selbsthilfe- und Fürsprecherorganisation sind. Die andere Gruppe ist im Kontext eines gemeindepsychiatrischen Zentrums tätig. Bei der Auswahl der betroffenen Case Manager wurde darauf geachtet, dass keinE psychiatrienerfahreneR Case ManagerIn einE ehemaligerR KlientIn der anderen Gruppe ist. Es fanden mehrere Einzelinterviews statt, zu Beginn, nach sechs Monaten, nach einem Jahr. Auch wurden zu mehreren Gelegenheiten Gruppenbefragungen durchgeführt. Die KlientInnen der zwei Gruppen entwickelten sich innerhalb des betrachteten Jahres ähnlich.

Das Hauptergebnis des Vergleichs von Solomon und Draine (1996) ist, dass die Stärke der betroffenen Case ManagerInnen in der persönlichen Interaktion mit ihren KlientInnen liegt, während der Kontakt zu anderen Professionellen den nichtbetroffenen Case ManagerInnen leichter fällt. Die Forscher machen den Vorschlag, Psychiatererfahrene in bestehende Casemanagementteams einzustellen, so kommt es zur Kombination der Stärken und die Hilfe wird zu Gunsten der KlientInnen verbessert.

#### 2.4.4 „Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm“ (Lyons et al 1996)

Die Studie „Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm“ von Lyons et al (1996) ist ein Beispiel für die Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen.

Vier von neun MitarbeiterInnen des untersuchten mobilen Kriseninterventionsdienstes in einer Stadt im mittleren Westen der USA für Obdachlose mit psychiatrischen Erkrankungen

sind psychiatriee erfahren. Ein Mitarbeiter war in der Vergangenheit ohne festen Wohnsitz. Der Krisendienst arbeitet auf der einen Seite mobil, das heißt z.B. in Notunterkünften, auf der Straße oder in Suppenküchen. Auf der anderen Seite gibt es ein Büro, in dem die MitarbeiterInnen beispielsweise telefonisch erreichbar sind. Die Studie wird über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt. Innerhalb der zwei Jahre werden statistische Daten zu jedem Fall gesammelt, unter anderem demographische und klinisch-diagnostische Informationen zu den KlientInnen, Art und Form der erbrachten Hilfe und welche Vernetzungen zu anderen Institutionen geschaffen wurden. Grundsätzlich wird in Zweierteams gearbeitet. Die Zweierteams können aus zwei Nicht-Betroffenen, einem Betroffenen sowie einem Nicht-Betroffenen oder zwei Betroffenen bestehen. Eine Diade wird für die statistische Auswertung als „Betroffendiade“ klassifiziert, wenn mindestens einer der MitarbeiterInnen psychiatriee erfahren ist.

Nach der statistischen Auswertung zeigt sich, dass die Betroffenen häufiger außerhalb des Büros tätig sind. Dies ist mit der Hypothese der ForscherInnen konsistent, welche besagt, dass die psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen eher in der Lage und gewillt sind, Kontakte in den Lebenszusammenhängen der KlientInnen herzustellen. Die ForscherInnen stellten weiter fest, dass in den Fällen, in denen die betroffenen MitarbeiterInnen sich entschieden, mit den KlientInnen über ihre persönliche Psychiatriee erfahrung zu sprechen, auch zu schwer zu erreichenden KlientInnen Kontakte möglich waren.

Die Auswertung ergab auch, dass die Betroffenen weniger an Noteinsätzen teilnahmen als die Nicht-Betroffenen. Lyons et al (1996) sehen verschiedene mögliche Begründungen für dieses Ergebnis. Erstens könnte dieser Umstand dadurch erklärt werden, dass die psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen verstärkt mobil tätig waren und daher nicht im Büro zu erreichen, wenn ein Notruf einging. Zweitens könnte der Grund in den organisatorischen Abläufen des Projekts liegen. Beim Eingang eines Notrufs sind im Regelfall mehrere MitarbeiterInnen anwesend. Die Entscheidung wer den Fall bearbeitet findet teilweise auf einer freiwilligen Basis statt und teilweise weist die fachliche Leitung des Kriseninterventionsdienstes die MitarbeiterInnen an, die Aufgabe zu übernehmen. Notrufe endeten bei der Bearbeitung von Psychiatriee erfahrenen häufiger mit Zwangseinweisungen als bei nicht-psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen<sup>6</sup>. So könnte es zu einer Minderung der Freiwilligkeit kommen. Auch besteht die Möglichkeit, dass die Leitung eher die nicht-psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen angewiesen hat, Notrufe zu übernehmen, um die betroffenen MitarbeiterInnen zu schonen.

---

<sup>6</sup> Das Ergebnis ist nach einer Bonferronikorrektur nicht mehr statistisch signifikant, d.h. es könnte auch Zufall sein.

#### 2.4.5 „Consumers as staff in assertive community treatment programs“ (Dixon et al 1997)

Die Studie „Consumers as staff in assertive community treatment programs“ von Dixon et al (1997) beschreibt, wie zwei Psychiatrieerfahrene Teammitglieder in einem bereits mehrere Jahre bestehenden Assertive-Community-Treatment-Team werden, damit zeigt auch diese Forschungsarbeit, wie Betroffene und Professionelle zusammenarbeiten können.

In der Studie werden sie als „Consumer Advocates“, also als Betroffenenförsprecher, bezeichnet. Damit ist ihr Berufsbild betroffenenenspezifisch und lässt sich in die vierte Gruppierung von Moxley und Mowbray einfügen. Hier sind Psychiatrieerfahrene innerhalb einer traditionellen psychiatrischen Trägerstruktur tätig, ihre Rolle ist aber psychiatrieerfahrenenspezifisch. Das Assertive-Community-Treatment-Team betreut in einem gemeindepsychiatrischen Zusammenhang chronisch psychisch kranke Erwachsene, die obdachlos oder von Obdachlosigkeit bedroht sind.

Die von Dixon et al (1996) analysierten Daten umfassen quantitative und qualitative Bereiche. Ein Ergebnis im Hinblick auf die von allen MitarbeiterInnen geföhrte Statistik ist, dass sich die Arbeit der Consumer Advocates in Bezug auf Ort und Dauer nicht von der Arbeit der übrigen Teammitglieder unterscheidet.

Weiter zeigt eine anonyme Fragebogenerhebung, dass die Zusammenarbeit mit den Consumer Advocates die Einstellung der anderen Mitarbeiter gegenüber psychischer Krankheit und Psychiatrieerfahrung positiv verändert. Items des Fragebogens waren z.B: „Eine psychische Krankheit zu haben ist nichts anderes als eine körperliche Krankheit zu haben“ oder „Man kann anhand des Erscheinungsbildes feststellen, ob eine Person psychisch krank ist.“.

Auch föhrten Dixon et al (1996) teilstrukturierte Interviews mit sechs nicht betroffenen Mitarbeitern des Assertive-Community-Treatment-Teams. Hier zeigte sich, dass die Rolle der Consumer Advocates als sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. Als wesentliche Aufgaben des Consumer Advocate werden z.B. die Überbrückung des Grabens zwischen Professionellen und Betroffenen, Unterstützung als Peer, Vorbildfunktion und die Fortbildung der anderen Mitarbeiter bezüglich der Sichtweise und des Erlebens von Psychiatrieerfahrenen angesehen. Die sechs Interviewten verdeutlichen auch, dass es den Consumer Advocates leichter fiel, bestimmte Themenbereiche wie z.B. die Körperpflege, anzusprechen. So konnte beispielsweise ein Consumer Advocate, der in der Vergangenheit obdachlos war, die Hygiene eines Klienten ansprechen, da er die Schwierigkeiten bezüglich der Körperpflege aus eigener Erfahrung kannte. In Bezug auf Grenzziehung sehen alle Interviewten, dass die Problematik bei betroffenen Mitarbeitern von anderer Qualität ist, da die KlientInnen die Consumer

Advocates eher als Gleichberechtigte und nicht als Autoritäten sehen. Grenzziehungsprobleme wurden innerhalb der Supervision besprochen. Auch wurde vorgeschlagen, dass der Punkt in die Betroffenenfortbildung vor Arbeitsbeginn aufgenommen werden sollte. Die Teamatmosphäre wurde unterschiedlich wahrgenommen. Einige MitarbeiterInnen finden die Kommunikation innerhalb des Teams schwierig, da die Consumer Advocates beispielsweise psychiatriespezifische Fachwörter nicht kennen. Auch wurde es als problematisch angesehen, dass die anderen MitarbeiterInnen von vorneherein von der Erkrankung der Consumer Advocates wissen und damit ob gewollt oder nicht einen Teil der persönlichen Geschichte von zwei KollegInnen. Als wichtig für die Arbeit der Consumer Advocates wurde die Erfahrung von psychischer Krankheit und/ oder Obdachlosigkeit, eine Phase der psychischen Stabilität, Empathievermögen, Teamfähigkeit und ein gewisser Grad der Offenheit erachtet. Die MitarbeiterInnen meinen, es sei von Nöten, dass die Consumer Advocates gegenüber den KlientInnen des Assertive-Community-Treatment-Teams offen mit ihrer Erfahrung umgehen, selbst bei einer erneuten Krisensituation, damit sie ein Vorbild sein können.

#### 2.4.6 „The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. II Impressions of consumer-employees and other team members“ (Doherty et al 2004)

Die Studie „The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. II Impressions of consumer-employees and other team members“ von Doherty et al (2004) setzt sich mit der Beteiligung von zwei Psychiatrieerfahrenen in einem Assertive Outreach Team im Innenstadtbereich von London auseinander. Abgesehen von den zwei Betroffenen besteht das Team aus acht Psychiatrieschwestern und zwei Psychiatern. Die Betroffenen wurden als „Health Care Assistants“, d.h. GesundheitsassistentInnen, eingestellt. Ihre Aufgabe ist die Unterstützung der Psychiatrieschwestern im Bezug auf den Alltag der KlientInnen. Besonderer Wert wurde auf die Herstellung von neuen sozialen Netzwerken gelegt.

Die Studie ist methodisch vielschichtig, es werden unterschiedliche Messungen zu Beginn und nach achtzehn Monaten bezüglich Selbstbewusstsein (Rosenberg Self-Esteem-Questionnaire), Burnout (Maslach Burnout Inventory), generellem Gesundheitszustand (General Health Questionnaire – 28) und MitarbeiterEinstellung bezüglich der Beteiligung Psychiatrieerfahrener (Staff Attitude Questionnaire) durchgeführt. Weiter finden drei teilstrukturierte Interviews durch zwei unabhängige PsychologInnen am Anfang, nach sechs

und achtzehn Monaten mit allen MitarbeiterInnen statt. Die Interviews haben das Ziel, Vorteile und Schwierigkeiten der Betroffenenbeteiligung zu ermitteln.

Die Messung durch den Rosenberg-Self-Esteem-Questionnaire zeigt, dass alle Teammitglieder, ob Betroffene oder Nicht-Betroffene, ein relativ hohes Selbstbewusstsein haben. Die Betrachtung der Burnoutmessung zeigt bei keinem Teammitglied eine Veränderung während der achtzehn Monate.

Die Interviews werden mit Hilfe einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Interviews mit den betroffenen und den nicht-betroffenen Teammitglieder werden getrennt nach den Kategorien „Vorteile für die KlientInnen“, „Schwierigkeiten für die KlientInnen“, „Vorteile für das Team“ und „Schwierigkeiten für das Team“ analysiert.

Die Auswertung der Interviews mit den Nicht-Psychiatrieerfahrenen zeigt, dass es als Vorteil für die KlientInnen wahrgenommen wird, dass die GesundheitsassistentInnen weniger Fälle hatten und damit mehr Zeit den Einzelnen zu unterstützen. Auch wird festgestellt, dass die Betroffenen eine empathische Beziehung auf Basis der eigenen Erfahrung herstellen können. Weiter ergab die Inhaltsanalyse, dass die Professionellen sahen, dass die GesundheitsassistentInnen Hoffnung und Selbstbewusstsein unter den KlientInnen verbreiteten. Auch die Vorbildfunktion der Betroffenen für ihre KlientInnen wurde herausgehoben. Ein Teil der Nichtbetroffenen stellte in der Arbeit fest, dass die KlientInnen Anweisungen und Ratschläge bezüglich z.B. der Medikation eher von ebenfalls Betroffenen akzeptieren und dass die Betroffenen so zu einer Erhöhung der Compliance beitragen. Als problematisch für die KlientInnen des Assertive Outreach Teams wird erachtet, dass die Betroffenen oft krankgeschrieben sind und hohe Fehlzeiten haben. Rollenkonflikte werden als weiteres Problemfeld benannt.

Das Ergebnis der Auswertung der Interviews mit den Betroffenen zeigt, dass auch hier die Vorbildfunktion der Betroffenen deutlich wird. Die Betroffenen unterstreichen besonders, dass erst der offene Umgang mit der psychischen Krankheit eine Vorbildfunktion ermöglicht. Überdies sahen sie ihre eigene Erfahrung als hilfreich für die Arbeit an. Die hohen Fehlzeiten werden auch von den Betroffenen selbst als problematisch erachtet. Sie fühlten sich, wegen des Vorwurfs sie würden zu oft fehlen, unter Druck gesetzt.

Die Professionellen sehen es als vorteilhaft für das Team an, dass Betroffene mitarbeiten. Sie sehen in der Qualitätsverbesserung der Arbeit ein Ergebnis der Betroffenenbeteiligung. Schwierig erscheint es den Professionellen, dass den Betroffenen formales Wissen fehlt. Weiter erleben es die Professionellen als belastend, dass sie permanent überprüfen müssen, ob die Betroffenen den ihnen zugewiesenen Aufgaben gewachsen sind. Jedoch wird hier

gleichzeitig ein Vorteil der Betroffenenbeteiligung deutlich, da das Team so sensibilisiert wird, auf sich selbst als Team und auch auf die KlientInnen verstärkt zu achten und so Überforderung zu vermeiden. Eine weitere Schwierigkeit für das Team sind wiederum die hohen Fehlzeiten der betroffenen MitarbeiterInnen.

Die GesundheitsassistentInnen erleben sich selbst auch für das Team als Vorbild im Bezug auf den Umgang mit den KlientInnen. Durch das Vorbild der Betroffenen kann überbehütender oder geringschätziger Umgang abgebaut werden. Es kommt zur Reflektion der Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen. Schwierig erscheint ihnen, dass die KollegInnen sie nicht als vollwertige Teammitglieder akzeptieren. Im Bezug auf Vorteile für die eigene Person benannten die GesundheitsassistentInnen, dass sie in den 18 Monaten sich beruflich weiterqualifizieren konnten und die Erfahrung machten, dass ihre Krankheit und die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als Qualifikation gesehen werden können. Als problematisch erleben auch die Betroffenen, dass sie oft krankgeschrieben waren und dass das übrige Team aufgrund dessen ein höheres Arbeitspensum bewältigen musste.

#### 2.4.7 „Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation“ (Mowbray et al 1996)

Das in der Studie „Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation“ von Mowbray et al (1996) untersuchte Forschungsprojekt hat das Ziel, psychiatrische und arbeitsvermittelnde Hilfe zu integrieren. Im Projekt WINS (Work Interests and Needs Study) arbeiten Professionelle als Arbeitsspezialisten und Psychiatrieerfahrene als Peerunterstützungsspezialisten zusammen. Alle KlientInnen des Projekts können wählen, ob sie die Unterstützung eines Peerunterstützungsspezialisten in Anspruch nehmen wollen. Die Peerunterstützungsspezialisten haben verschiedene, zumeist praktische Aufgaben, die im Interventionsplan einer jeden KlientIn festgehalten sind. Die Betroffenen arbeiten zwischen fünf und 30 Stunden die Woche. Sie werden mit fünf bis sieben Dollar pro Stunde entlohnt. Vor Arbeitsantritt erhielten alle betroffenen MitarbeiterInnen eine dreiwöchige Fortbildung, mit Schwerpunkten wie Stressbewältigung, Selbsthilfeprinzipien und Konfliktbewältigung.

Im Rahmen der Untersuchung werteten Mowbray et al (1996) täglich geführte Statistiken und zwei Diskussionsforen aus. Das erste Diskussionsforum fand nach fünfzehn und das zweite nach siebenundzwanzig Monaten der Arbeit statt.

Die statistische Auswertung ergab, dass 44% der KlientInnen von WINS die Hilfe eines Peerunterstützungsspezialisten in Anspruch nahmen. Die meisten psychiatrieeerfahrenen

MitarbeiterInnen waren für etwa ein Jahr bei WINS beschäftigt und arbeiteten monatlich mit rund 30 KlientInnen. Gleichzeitig hatte jeder Peerunterstützungsspezialist durchschnittlich fünf Fälle zu begleiten.

In den Diskussionsgruppen beschreiben die Betroffenen ihre Rolle als sehr komplex, „it was like being a friend, but different because you were expected to help, to educate, and to provide leadership“ (Moxley et al 1996, S.54).

Viele sehen ihre Hauptaufgabe gegenüber den KlientInnen darin, sie zu ermutigen und in praktischen Angelegenheiten zu unterstützen. Einige Peerunterstützungsspezialisten erleben ihre Tätigkeit bei WINS auch als Antistigmaarbeit, da sie unter Beweis stellt, was psychisch Kranke leisten können. Die Vorbildrolle gegenüber den KlientInnen wird hervorgehoben. Während der zweiten Diskussion unterstreichen die Peerunterstützungsspezialisten besonders ihre Flexibilität. Weiter schildern sie, wie sie selbst an der Tätigkeit bei WINS wachsen. Als besonders angenehm wird der ihnen durch die KlientInnen erbrachte Respekt und das positive Feedback der professionellen Teammitgliedern erlebt.

Als problematisch erleben die Peerunterstützungsspezialisten den Punkt zu erkennen, wo ihre eigene Grenze erreicht wird, und die Fälle zu erkennen, in denen ihre Unterstützung nicht hilfreich ist. Im Zusammenhang mit anderen Institutionen und potentiellen Arbeitgebern erlebten die Peerunterstützungsspezialisten häufig, wie sie selbst und ihre KlientInnen stigmatisiert werden. Stressreich war für die psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen auch, ihre eigene Rolle gegenüber den KlientInnen abzustecken und Fragen für sich zu klären, wie z.B. ob man außerhalb der Arbeit privaten Kontakt hat oder ob die private Telefonnummer weitergegeben werden kann. Durch ihre emotionale Beteiligung am Erfolg der KlientInnen fühlen sich die Peerunterstützungsspezialisten oft persönlich enttäuscht, wenn eine KlientIn z.B. das Programm abbricht oder vereinbarte Termine nicht mehr wahrnimmt. Besonders problematisch sind die Situationen, in denen sich MitarbeiterIn und KlientIn bereits aus anderen Kontexten kennen oder sich eine andere, beispielsweise freundschaftliche Beziehung mit ihren KlientInnen wünschen. Strukturell ist die geringe Bezahlung der Peerunterstützungsspezialisten belastend. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich für die Peerunterstützungsspezialisten daraus, dass sie keine Akteneinsicht haben und dass im Projekt WINS nicht klar definiert wird, wie autonom die betroffenen MitarbeiterInnen vorgehen können. Viele fühlen sich wie MitarbeiterInnen zweiter Klasse.



## 2.5. Generelle Vorteile und Schwierigkeiten der Betroffenenbeteiligung

### 2.5.1 Vorteile

Die Beteiligung von Psychatrieerfahrenen im psychiatrischen Sektor wird von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen allgemein positiv bewertet (Dixon et al 1994). Die Vorteile der Betroffenenbeteiligung beziehen sich auf die KlientInnen, die beteiligten NutzerInnen selbst, die MitarbeiterInnen der jeweiligen Träger und auf das psychiatrische System als Ganzes.

In der Literatur werden unter anderem folgende Vorteile benannt:

1. **Systemkenntnis aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996)
2. **Insiderwissen** (Besio & Mahler 1993, Lyons et al 1996, Francell 1996)
3. **Coping-Strategien** (Yanos et al 2001)
4. **Geduld und Flexibilität** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996)
5. **Besondere Empathiefähigkeit** (Besio & Mahler 1993, Francell 1996, Mowbray et al 1996, Doherty et al 2004)
6. **Vorbildfunktion** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1994, Mowbray et al 1996, Lyons et al 1996, Dixon et al 1997, Doherty et al 2004)
7. **Persönlicher Kontakt** (Besio & Mahler 1993, Fox & Hilton 1994, Mowbray et al 1996, Solomon & Draine 1996)
8. **Verbreitung von Hoffnung** (Mowbray et al 1996, Yanos et al 2001, Doherty et al 2004)
9. **Fortbildung der anderen MitarbeiterInnen** (Dixon et al 1996, Francell 1996)
10. **Positive Veränderung der Einstellung der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen gegenüber psychisch Kranken** (Sherman & Porter 1991, Besio & Mahler 1993, Dixon et al 1996, Lloyd & King 2003)
11. **Zuwachs an Selbstbewusstsein für beteiligte Psychiatrieerfahrene** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Yanos et al 2001, Yuen & Fossey 2003, Doherty et al 2004)
12. **NutzerInnenorientierung durch Einbeziehung in Planung und Evaluation** (Lloyd & King 2003, Glenn et al 2003)
13. **Antistigmatisierungseffekt** (Sherman & Porter 1991, Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Yuen & Fossey 2003, Dixon et al 1997, Doherty et al 2004)

### 2.5.2 Schwierigkeiten und Lösungen

Die Beteiligung psychisch Kranker in der Arbeit im psychiatrischen Bereich hat allerdings auch ihre Schwierigkeiten, häufig werden folgende Probleme benannt:

1. **Doppelbeziehung** (Mowbray et al 1994, Mowbray et al 1996, Carlson et al 2001)
2. **Rollenkonflikte** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Carlson et al 2001)
3. **Vertraulichkeit und Schweigepflicht** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Carlson et al 2001)

Carlson, Rapp und McDiarmid (Carlson et al 2001) gehen in ihrem Artikel „Hiring Consumer-Providers: Barriers and Alternative Solutions“, erschienen im *Community Mental Health Journal*, Vol.37, auf die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Beteiligung Psychiatrieerfahrener ein und entwickeln anhand einer Analyse der Literatur und zweier Diskussionsforen Lösungsansätze. An den Diskussionsforen nahmen zwölf VertreterInnen von fünf gemeindepsychiatrischen Zentren in Kansas, USA, teil, in denen Betroffene als MitarbeiterInnen tätig sind. Sechs der zwölf VertreterInnen waren Psychiatrieerfahrene, sechs waren nicht-psychiatrieerfahrene MitarbeiterInnen in unterschiedlichen Positionen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten vor der ersten Diskussion einen Überblick zur themenspezifischen Literatur. Auch wurde während der zwei Foren teilweise in Kleingruppen gearbeitet.

#### 2.5.2.1 Doppelbeziehung

Doppelbeziehungen treten auf, wenn eine Person MitarbeiterIn und KlientIn in der selben Einrichtung ist oder war.

Doppelbeziehungen gelten im psychosozialen Bereich im Allgemeinen als unethisch, da aus ihnen Schaden für die KlientInnen resultieren kann.

So heißt es in den ethischen Richtlinien der American Psychological Association von 2002 auf Seite 6 zu multiplen Beziehungen:

„(a) A multiple relationship occurs when a psychologist is in a professional role with a person and (1) at the same time is in another role with the same person, (2) at the same time in a relationship with a person closely associated with or related to the person with whom the psychologist has the professional relationship, or (3) promises to enter into another relationship in the future with the same person or a person closely related to the person.

A psychologist refrains from entering into multiple relationships if the multiple relationship could reasonably be expected to impair the psychologist's objectivity, competence, or effectiveness in performing his or her functions as psychologist, or otherwise risks exploitation or harm to the person with whom the professional relationship exists."

In der Diskussion der Problematik der Doppelbeziehungen im Bezug auf betroffene MitarbeiterInnen muss eingeworfen werden, dass auch nicht auszuschließen ist, dass nicht-psychiatrieerfahrene Laien oder Professionelle im System, in dem sie beruflich tätig sind in Not- oder Krisensituationen Hilfe suchen (Fox & Hilton 1994).

Ein weiterer Konfliktpunkt ist die Beziehung von psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen zu den NutzerInnen der Dienste, z.B. in Bezug auf Freundschaften oder Aktivitäten im Selbsthilfebereich aus der Zeit vor der beruflichen Tätigkeit im psychiatrischen Bereich. Diese Kontakte sind von persönlicher Wertigkeit für die jeweiligen Personen und stellen eine Unterstützungsmöglichkeit, z.B. über Selbsthilfe, der Einzelnen dar. Andererseits ergeben sich durch fließende Übergänge von professionellem und freundschaftlichem Handeln Schwierigkeiten, wenn Betroffene mit NutzerInnen der Einrichtungen private Kontakte pflegen.

Während der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten stellten Carlson et al (2001) fest, dass Doppelbeziehungen zum Leben gehören und besonders in ländlichen Gegenden nicht zu vermeiden sind. In Städten sind die betroffenen MitarbeiterInnen oftmals verpflichtet, die Hilfe einer anderen Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Dieses Vorgehen kann allerdings die psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen zwingen, neue Einrichtungen aufzusuchen und neue therapeutische Beziehungen zu etablieren, was zu Schwierigkeiten der eigenen Genesung führen kann.

Die Schlüsselstrategie scheint für Carlson et al (2001) zu sein, die Doppelbeziehungen mit allen Involvierten zu besprechen und den Dialog zu suchen. Dies führt auch zu größerem Verständnis für die Rolle der psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen mit ihren Vorteilen und Schwierigkeiten bei den anderen MitarbeiterInnen der Einrichtung. Die Auseinandersetzung mit der Thematik setzt allerdings eine offene Atmosphäre voraus.

Auch sollte die Problematik Inhalt der Fortbildung der Betroffenen und Nicht-Betroffenen sein, um zu ermöglichen, eigene Handlungsstrategien zu entwickeln und die gegenseitige Akzeptanz der beiden Gruppen zu stärken.

Eine weitere Strategie besteht in der Entwicklung von Interaktionsrichtlinien in Bezug auf das Team und die NutzerInnen einer Einrichtung, beispielsweise kann festgelegt werden, dass ein

psychiatrieerfahrener Mitarbeiter nicht von einem Mitarbeiter supervidiert wird mit dem er in der Vergangenheit eine therapeutische Beziehung hatte. Eine andere übliche Richtlinie ist, dass betroffene MitarbeiterInnen die sozialen Beziehungen zu KlientInnen der Einrichtung beenden oder einschränken sollen, die Schwächen dieser Richtlinie wurden weiter oben bereits skizziert.

#### 2.5.2.2 Rollenkonflikt und Rollenkonfusion

Das Problem des Rollenkonflikts und der Rollenkonfusion hängt eng mit dem bereits erläuterten Problembereich der Doppelbeziehung zusammen.

Die Rollenkonflikte und die damit verbundene Konfusion treten oft auf, wenn sich die Rollen und Grenzen ändern (Dixon et al 1994), d.h. z.B. wenn NutzerInnen zu MitarbeiterInnen werden.

Es ist von beiden Seiten aus eine gleichberechtigte Beziehung zu entwickeln.

Carlson et al sehen die Wurzeln der Schwierigkeiten, die die nicht-betroffenen Laien und Professionellen in Bezug auf die Psychiatrieerfahrenen haben darin, dass historisch gesehen die Kategorien „gesund“ und „krank“ sich einander entgegenstehen. Es fällt Nicht-Psychiatrieerfahrenen manchmal schwer, gegenüber den mitarbeitenden Psychiatrieerfahrenen nicht in eine Therapeutenrolle zu fallen (Dixon et al 1994) oder sie als „Juniormitarbeiter“ zu sehen.

Auch fällt es den Psychiatrieerfahrenen schwer, sich in die neue Rolle einzufinden und ihre Betroffenheit mit der neuen beruflichen Tätigkeit in Einklang zu bringen. Andere Psychiatrieerfahrene erleben sie beispielsweise als Teil des psychiatrischen Systems und verlieren das Vertrauen in sie oder sie selbst haben Schwierigkeiten damit, Teil des psychiatrischen Systems zu werden, dass sie bisher kritisierten. In der Studie von Dixon et al (1994) fiel es den Betroffenen schwer, eine kollegiale Beziehung zu den anderen MitarbeiterInnen aufzubauen, was sich z.B. darin manifestierte, dass sie den im Team arbeitenden Arzt weiter mit „Doktor“ anredeten und nicht wie das restliche Team mit Vornamen.

Bezüglich der Lösung des Problems schlagen Carlson et al folgende Problemlösungsschritte vor:

1. Rollen und Verantwortlichkeitsbereiche müssen klar definiert sein.

2. Psychiatrische Einrichtungen müssen eine betroffenenfreundliche Arbeitsatmosphäre schaffen. Dies kann z.B. durch die Fortbildung der anderen MitarbeiterInnen (auch Büroangestellte und andere nicht im KlientInnenkontakt Involvierte) zum Thema Stigmatisierung geschehen oder durch offene Thematisierung der Schwierigkeiten.
3. Das Verhalten der Psychiatrieerfahrenen darf nicht symptomatisiert werden, dies ist besonders innerhalb der Supervision von Bedeutung.
4. Es muss an den Psychiatrieerfahrenen sein zu entscheiden, wie viel sie von ihrer eigenen Geschichte preisgeben möchten.

Bezüglich der Konfusion, ob die Betroffenen die psychiatrische Einrichtung oder die KlientInnen der Einrichtung repräsentieren, machen Carlson et al (2001) weitere Handlungsvorschläge:

1. Die Einrichtung muss anerkennen, dass es sich um ein Dilemma für alle Beteiligten handelt.
2. Die Einrichtung ermöglicht die Diskussion, besonders wenn es zum Konflikt kommt.
3. Die Einrichtung schafft einen Beschwerdeablauf für solche Konfliktfälle.
4. Die Betroffenen sollen durch die Einrichtung ermutigt werden, ihre Probleme mit den anderen psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen zu diskutieren.
5. Die Betroffenen sind Fürsprecher der KlientInnen, müssen aber trotzdem die Entscheidungen der Einrichtung akzeptieren.
6. Die Einrichtung stellt für alle MitarbeiterInnen Konfliktlösetraining und Mediation zur Verfügung.

### 2.5.2.3 Vertraulichkeit und Schweigepflicht

Schweigepflicht ist für alle Dienstleiter im psycho-sozialen Bereich ein Thema, laut Carlson et al (2001) gibt es in der Literatur keine Hinweis darauf, dass Psychiatriee erfahrene eher die Schweigepflicht brechen als Nicht-Psychiatriee erfahrene. Allerdings führen die bereits erläuterten Punkte der Doppelbeziehung und des Rollenkonflikts zu einer komplexen Situation.

Erstens ergeben sich Schwierigkeiten, wie mit den Informationen über die Krankengeschichte einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters umgegangen wird, die oder der in der Vergangenheit KlientIn der Einrichtung war. Weitere Fragen und Schwierigkeiten entstehen, wenn sich der Gesundheitszustand von betroffenen MitarbeiterInnen verschlechtert.

Das zweite mögliche Spannungsfeld in Bezug auf die Schweigepflicht ergibt sich daraus, dass eine betroffene Mitarbeiterin oder ein betroffener Mitarbeiter Informationen über Freunde oder Bekannte bekommt, die KlientInnen der Einrichtung sind. Oder die Psychiatrieerfahrenen erhalten Informationen zu den KlientInnen außerhalb der Einrichtung, z.B. im privaten Kontakt oder im Rahmen der Selbsthilfe.

Zur Lösung der Probleme der Betroffenenbeteiligung machen Carlson et al (2001) die folgenden praktischen Vorschläge:

1. Es gelten die gleichen Regeln der Schweigepflicht für die betroffenen und nicht-betroffenen MitarbeiterInnen.
2. Die Psychiatrieerfahrenen werden bezüglich der Wichtigkeit und Bedeutung der Schweigepflicht fortgebildet.
3. Wenn betroffene MitarbeiterInnen mit KlientInnen der Einrichtung befreundet sind, sollten sie nicht über Themen, die mit der Arbeit in Verbindung stehen, mit diesen FreundInnen sprechen.
4. Wenn die psychiatrieefahrenen MitarbeiterInnen KlientInnen aus der Vergangenheit kennen und über Wissen verfügen, über welches die Einrichtung nicht verfügt, darf dieses Wissen nicht weitergeben werden, wenn die Person dies nicht möchte.
5. Eine Ausnahme bilden jedoch lebenswichtige Informationen, wie z.B. Selbstmordandeutungen.  
Die/ der Psychiatrieeifahrene muss seine Freunde oder Bekannten bezüglich der Punkte vier und fünf aufklären.
6. Den psychiatrieefahrenen MitarbeiterInnen sollte in der Einrichtung Raum gegeben werden, über ihre Probleme mit Vertraulichkeit und Schweigepflicht zu sprechen.

Auch gehen Carlson et al (2001) davon aus, dass es essentiell ist, mit den betroffenen Mitarbeitern zu Beginn des Arbeitsverhältnisses zu thematisieren, wie bei einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit vorgegangen wird.

In der Diskussion der Schwierigkeiten wird deutlich, dass die Faktoren Klarheit, Kommunikation und Unterstützung in Form von Fortbildung und Supervision Lösungsansätze für die Schwierigkeiten in Bezug auf Doppelbeziehung, Rollenkonflikt und Schweigepflicht Lösungsmöglichkeiten bieten.

Ungeklärt bleibt jedoch, ob nicht einige der Schwierigkeiten durch klarere Berufs- und Rollenbeschreibungen gelöst werden können. Solomon (1994) sieht in der Unklarheit und Ungenauigkeit die Hauptursache der Probleme.

## 2.6 Trialog

Das Kunstwort *Trialog* wird im deutschsprachigen Raum oftmals in einem Atemzug mit dem sogenannten Psychoseseminar genannt. Das von Dorothea Buck und Thomas Bock gemeinsam begründete Psychoseseminar stellt neben dem Hamburger XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 die Wiege der Betroffenenbeteiligung im deutschsprachigen Raum dar.

### 2.6.1 Das Psychoseseminar

Das erste Psychoseseminar entstand 1990 in Hamburg und geht auf die Initiative von Dorothea Buck, einer Psychoseerfahrenen, und Thomas Bock, einem Diplompsychologen, zurück. Während eines konventionellen, universitären Seminars wurde von Professionellen und Betroffenen gleichermaßen festgestellt, dass der Lerneffekt größer ist, wenn man miteinander statt übereinander spricht. Aus dieser Feststellung heraus erfolgte eine offene Einladung an Betroffene, Angehörige und Professionelle, zu einem Austausch zusammen zu kommen. Der Titel „Psychoseseminar“ wurde gewählt, um den Aspekt des gegenseitigen Lernens zu betonen. Die Idee der Psychoseseminare lässt sich wie folgt umreißen:

„Alle an Psychosen und ihren Auswirkungen beteiligten Gruppen sitzen an einem Tisch und versuchen herauszufinden, wie Psychosen umfassend, im Sinnzusammenhang der Lebensgeschichte und anthropologisch, eben nicht nur medizinisch und pathologisch, zu verstehen sind, und welche Hilfen alle Beteiligten bräuchten, um solche existentiellen Krisen zu meistern“ (Bock et al 2000).

Heute existieren etwa 130 regelmäßige Psychoseseminare mit 5000 TeilnehmerInnen (Bock & Priebe 2005) im deutschsprachigen Raum.

In den Details unterscheiden sich die einzelnen Psychoseseminare stark. Trotzdem lassen sich einige gemeinsame Regeln, Charakteristika oder Arbeitsweisen benennen (Becher 2003, Bock & Priebe 2005):

1. Das Psychoseseminar findet an einem neutralen Ort statt. „Neutral“ heißt hier, dass der Raum nicht zu einem Krankenhaus oder einer anderen psychiatrischen Einrichtung gehört oder Teil der Räumlichkeiten von Betroffenen- oder Angehörigenverbänden ist.
2. Das Psychoseseminar findet außerhalb der Arbeitszeit statt.
3. Das Psychoseseminar steht allen interessierten Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Professionellen offen.
4. Das Psychoseseminar dauert normalerweise zwei Stunden und beinhaltet eine Pause.
5. Die Seminarthemen werden im Einvernehmen Aller ausgewählt.
6. Das Psychoseseminar wird von ein oder zwei TeilnehmerInnen moderiert.
7. Die Teilnehmerzahl bewegt sich zwischen 20 und 60. Im Idealfall sollten alle drei Gruppen gleichhäufig vertreten sein.
8. Die TeilnehmerInnen treffen sich auf gleicher Augenhöhe. Es bestehen keine der üblichen Verantwortlichkeiten.
9. Der Austausch sollte respektvoll sein.
10. Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer ist Expertin bzw. Experte für sich selbst, durch ihre oder seine individuelle Erfahrung.

Die drei Gruppen die zum Dialog zusammenkommen sind im Regelfall Psychoseerfahrene<sup>7</sup>, Angehörige und Professionelle. Laut Bock und Priebe (2005) variiert das Alter der TeilnehmerInnen stark und Frauen sind in einer schwachen Überzahl.

Die psychiatriee erfahrenen TeilnehmerInnen sind zumeist Menschen, die sich längerfristig im psychiatrischen System bewegen (Bock & Priebe 2005). Die meisten betroffenen TeilnehmerInnen sind als schizophren diagnostiziert (Bechner 2003). Menschen mit schizoaffektiven oder bipolaren Störungen nehmen weniger häufig teil (Bechner 2003). Im Bezug auf das psychiatrische System und die Versorgungslage sind die psychoseerfahrenen TeilnehmerInnen häufig kritisch eingestellt (Becher 2003, Bock & Priebe 2005). Bock und Priebe (2005) sehen die Motivation der Psychoseerfahrenen darin, dass sie aktiv werden, um das psychiatrische System zu verändern.

Die an Psychoseminaren teilnehmenden Angehörigen sind oft mit der Unterstützung die sie erhalten unzufrieden oder leben mit Familienmitgliedern zusammen, die jegliche Form der Behandlung ablehnen (Bock & Priebe 2005). In dieser Gruppe werden auch Menschen zusammengefasst, die mit Psychoseerfahrenen befreundet sind. Die Beweggründe der Familienangehörigen, an Psychoseminaren teilzunehmen, rühren oft von dem Wunsch her,

---

<sup>7</sup> In ihrem englischsprachigen Artikel sprechen Bock und Priebe (2005) von „consumers“, also „NutzerInnen“ oder „Konsumenten“



mehr über die Krankheit ihres Angehörigen zu erfahren und ihre Gefühle im Zusammenhang mit der Psychose mit anderen zu teilen (Bock & Priebe 2005).

Die Professionellen, die die Psychoseminare nutzen, sind häufig berufserfahren, allerdings gibt es immer wieder TeilnehmerInnen, die sich im Berufseinstieg oder in der Ausbildung befinden. Die professionellen TeilnehmerInnen motiviert die Möglichkeit, ihre Berufspraxis und ihre professionelle Rolle im Psychoseseminar zu reflektieren (Bock & Priebe 2005). Auch wollen sie neue Erkenntnisse und Einsichten in Psychosen gewinnen (Bock & Priebe 2005).

Thematisch geht es in Psychoseseminaren oft um Fragen wie „Was verstehen die TeilnehmerInnen unter einer Psychose?“, „Was brauchen die Menschen in einer Psychose?“, „Welche Bedeutung haben die psychotischen Inhalte?“ oder „Wie soll man mit Neuroleptika umgehen?“ (Bechner 2003).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Psychoseseminare eine alternative Plattform für die drei Gruppen der Betroffenen, Angehörigen und Professionellen bieten, sich zu begegnen und voneinander zu lernen.

### 3. Methodik und Untersuchungsdesign

Im Kapitel „Methodik und Untersuchungsdesign“ geht es um die methodischen Hintergründe und die damit verbundene Planung und spätere Durchführung meines Forschungsvorhabens im Rahmen meiner Diplomarbeit.

Zunächst stelle ich dar, wie ich zu Thema und Forschungsfrage „Wie sieht die spezifische Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* aus?“ kam und benenne diese.

Im zweiten Unterkapitel begründe ich mein qualitatives Vorgehen.

Darauf folgt im dritten Unterkapitel die Beschreibung der Datengewinnung durch das Problemzentrierte Interview.

Das vierte Unterkapitel setzt sich mit der Durchführung des Problemzentrierten Interviews auseinander und gliedert sich in die Beschreibung von Feldzugang, Sampling und der Auswahl der InterviewpartnerInnen.

Im fünften Unterkapitel illustriere ich meine weitere Datenquelle, die Protokolle des Dialogischen Forums zwischen dem 17.01.2007 und 12.12.2007.

Nun komme ich im sechsten Unterkapitel auf die Auswertung der Daten in Orientierung an der Grounded Theory zu sprechen. Ich beschreibe die von mir durchgeführte offene und axiale und selektive Kodierung, die ich nicht durchgeführt habe. Weiter begründe ich meinen weitgehenden Verzicht auf die Entwicklung von Eigenschaften und beschreibe die Nutzung des Computerprogramms *ATLAS.ti*.

Das siebte und letzte Unterkapitel beschäftigt sich mit den Gütekriterien qualitativer Forschung, wobei nur die Kriterien der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und der Indikation des Forschungsprozesses zum Tragen kommen.

#### 3.1 Themenwahl

Die Wahl meines Diplomarbeitsthemas steht im Zusammenhang mit einem halbjährigen Praktikum sowie späterer ehrenamtlicher und bezahlter Mitarbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment*.

Zum jetzigen Zeitpunkt bin ich noch immer im Projekt aktiv. Obwohl die Arbeit keine Auftragsarbeit im eigentlichen Sinne ist, schreibe ich sie auch mit der Hoffnung, dass damit eine zukünftige Finanzierung der Einrichtung begünstigt wird und um die engagierte, mutige Arbeit der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension zu würdigen. Damit

sehe ich mich selbst in einer loyalen Beziehung zum Projekt *Krisenpension und Hometreatment*.

Weiter konnte ich erste Erfahrungen im Sommersemester 2006 in Bezug auf den Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell im psychiatrischen Bereich Tätigen bzw. Psychologiestudierenden im Psychoseseminar sammeln, das in den Räumlichkeiten des Projekts Psychosoziale Beratung stattfindet.

Im Sommer 2007 nahm ich am dritten Gesamttreffen der Psychoseseminare in Deutschland, Österreich und der Schweiz in der Fachhochschule Potsdam teil. Diese Tagung war eine weitere Anregung.

Die konkrete Idee, mich mit der Arbeit der psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension zu beschäftigen, entstand durch das Dialogische Forum, einem Gremium des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*, das sich mit dialogischen Belangen, Problemen und Fragen auseinandersetzt und sich als Plattform für den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen versteht, die im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* mitarbeiten oder anderweitig assoziiert sind. Zu meinen Tätigkeiten im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* gehört, neben der Arbeit mit den NutzerInnen des Angebots der Krisenpension, die Organisation und die Protokollierung des Dialogischen Forums. Während der Ausarbeitung meiner Protokolle stellte ich immer wieder fest, dass die Erfahrungen der betroffenen MitarbeiterInnen für mich von besonderer Relevanz sind. In der praktischen, kollegialen Zusammenarbeit mit Psychiatriee erfahrenen war ich zudem oftmals beeindruckt von der zum Ausdruck gebrachten Kompetenz.

In mir entstand der Wunsch, mich auch theoretisch mit der Thematik auseinanderzusetzen und ich begab mich auf die Suche nach wissenschaftlicher Literatur zum Thema Betroffenenbeteiligung. Dabei stellte ich fest, dass es kaum deutschsprachige Literatur zu diesem Thema gibt. Mich verwunderte dies, denn im Dialogischen Forum und in der konkreten Zusammenarbeit mit psychiatriee erfahrenen KollegInnen hatte ich oft das Gefühl, dass die Arbeit der Betroffenen bestimmte Spezifika aufweist, die auch wissenschaftlich interessant sind.

### 3.2 Forschungsfrage

Die von mir formulierte Forschungsfrage lautet:

„Wie sieht die spezifische Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* aus?“

An dieser Stelle muss betont werden, dass ich mich nur am Rande mit den Auswirkungen der Betroffenenbeteiligung für die NutzerInnen der Krisenpension beschäftigen werde. Auch die Beteiligung der Angehörigen von psychisch Kranken wird ausgeklammert. Mein Interessenschwerpunkt liegt bei den betroffenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*.

### 3.3 Wahl eines qualitativen Untersuchungsdesigns

Ich entschied mich für ein qualitatives, nicht-mathematisches Forschungsdesign, da ich Neues entdecken wollte. Außerdem ist es mir wichtig, ein fundiertes Verständnis der subjektiven Erfahrungen, Deutungen und Begründungen der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* zu erlangen. Dabei ist mir gerade die Komplexität und Ganzheitlichkeit im Kontext der konkreten, alltäglichen Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen ein Anliegen. Mein Ziel ist also keine Hypothesenprüfung im Sinne der Überprüfung von bereits bekannten Inhalten im Labor (Flick 2002).

### 3.4 Erhebungsmethode

Ich wählte die Methode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000), um die Daten zu erheben.

In den von mir konzipierten Leitfaden flossen Aspekte des bereits erwähnten Triologischen Forums und Anregungen aus dem von Sibylle Prins 2006 herausgegebenen Buch „Seitenwechsel – Psychiatererfahrene Professionelle erzählen“ ein. Auch stellte ich den Leitfaden im Diplomandencolloquium vor und bezog Anregungen aus dieser Gruppe mit ein. Schließlich entwickelte ich folgenden Leitfaden, die mir besonders relevant erscheinenden Fragen sind hervorgehoben:

I) Eigene Psychiatrieerfahrung

**Wie kam es zu deiner Psychiatrieerfahrung?**

Wie lange liegt diese zurück?

Welche besonderen oder einschneidenden Erlebnisse hattest du während der Zeit in der Psychiatrie?

Wie betrachtest du diese Zeit heute?

**Welche Forderungen oder Wünsche hast du an den psychiatrischen Bereich aus deiner eigenen Geschichte heraus? Wird das in der Krisenpension realisiert?**

II) Tätigkeit in der Krisenpension

Seit wann arbeitest du in der Krisenpension?

Was war deine Motivation, die Arbeit in der Krisenpension zu beginnen?

Welchen zeitlichen Umfang hat deine Arbeit (Wochenarbeitszeit)?

**Wie sieht deine Arbeit in der Krisenpension aus?**

III) Tätigkeit und eigene Psychiatrieerfahrung

Wie wirkt sich deine Psychiatrieerfahrung auf deine Tätigkeit in der Krisenpension aus?

**Was lässt du aus deiner eigenen Erfahrung einfließen?**

**Helfen dir deine Erfahrungen aus deinen eigenen Krisenzeiten bei der Arbeit?**

**Sind deine Erfahrungen manchmal für deine Arbeit hinderlich?**

**Wie offen gehst du mit deiner Psychiatrieerfahrung um?**

**Wie reagieren deine Kollegen?**

**Profitieren deine Kollegen von deinen Erfahrungen?**

**Worin siehst du Gemeinsamkeiten zwischen dir und deinen nicht-psychiatrieerfahrenen Kollegen?**

**Worin siehst du Unterschiede zwischen dir und deinen nicht-psychiatrieerfahrenen Kollegen?**

**Wie reagieren die Nutzer der Krisenpension, wenn du von deiner Psychiatrieerfahrung sprichst?**

Wie beeinflusst deine Psychiatrieerfahrung das Verhältnis zu den Nutzern der Krisenpension?

Gibt es etwas, was deinen Standpunkt vom Standpunkt deiner (rein-)professionellen Kollegen unterscheidet?

Kommt es vor, dass du die Situation eines Gastes in der Krisenpension anders beurteilst als deine Kollegen, aufgrund deiner eigenen Psychiatrieerfahrung?

#### IV) Krisenpension und eigene Person

##### **Hat sich durch deine Tätigkeit in der Krisenpension deine Selbstwahrnehmung oder dein Selbstbild verändert?**

Würdest du im Falle einer erneuten Krise die Krisenpension als Gast nutzen?

Welche Erfahrungen hast du als Nutzer der Krisenpension gemacht?

#### V) Bedingungen und Allgemeines

Wie beurteilst du die Wichtigkeit des praktischen Dialogs für die Arbeit der Krisenpension?

Was müssen Psychiatererfahrene mitbringen, damit die Arbeit als Helfer in der Krisenpension gelingt?

Was würdest du anderen Psychiatererfahrenen raten?

Was ist im Bezug auf die Rahmenbedingungen wichtig, damit Psychiatererfahrene in der Krisenpension arbeiten können?

Was hältst du von der Idee meiner Diplomarbeit und was sollte in dieser Arbeit über Psychiatererfahrene als Helfer in der Krisenpension unbedingt vorkommen?

Mein Vorwissen dient damit „in der Erhebungsphase als heuristisch-analytischer Rahmen für Frageideen im Dialog“ (Witzel 2000, S.2) zwischen mir und meinen InterviewpartnerInnen.

Witzel (2000) benennt drei grundlegende Positionen des Problemzentrierten Interviews:

- 1.) Problemzentrierung
- 2.) Gegenstandsorientierung
- 3.) Prozessorientierung

Die Problemzentrierung bezeichnet die Ausrichtung an einem Problem, das für die Gesellschaft von Bedeutung ist. Betroffenenbeteiligung im psycho-sozialen und psychiatrischen Bereich tangiert z.B. den allgemeinen psychiatrischen Diskurs, Arbeit- und Arbeitslosigkeit sowie dialogische Bemühungen. Hinzu kommt, dass die Beteiligung psychiatrikerer Menschen als MitarbeiterInnen in Deutschland wenig praktiziert und das hierarchische System der stationären Krankenhausversorgung grundsätzlich hinterfragt wird.

Die Gegenstandsorientierung ergibt sich durch die Konstruktion eines Leitfadens für meine spezifische Fragestellung. Witzel (2000) unterstreicht mit Bezug auf die

Gegenstandsorientierung, dass das Problemzentrierte Interview methodisch flexibel ist. Ich bat meine InterviewpartnerInnen vor dem eigentlichen Interview einen Kurzfragebogen auszufüllen. Mit diesem Fragebogen erfasste ich das Alter und die berufliche Qualifikation der InterviewpartnerInnen. Auch weist Witzel (2000) darauf hin, dass z.B. eine Gruppendiskussion vor den eigentlichen Interviews geführt werden kann, um das Meinungs- und Erlebnisspektrum der möglicherweise zu interviewenden Personen abzustecken. Ich ging bereits wiederholt auf das Dialogische Forum ein, es stellte in gewissem Sinne eine Gruppendiskussion dar, denn es wurden Teilbereiche meiner Fragestellung, wie beispielsweise der Grad und die Form der Offenheit des Umgangs mit der eigenen Geschichte, in diesem Kreis diskutiert. Allerdings wurde diese Sitzungen nicht auf Tonband aufgezeichnet, sondern im Nachhinein von mir protokolliert. Witzel (2000) schlägt als zusätzliches Teilelement die biographische Methode vor. Ich entschied allerdings dieses Element außen vor zu lassen.

Der dritte von Witzel (2000) benannte Punkt ist die Prozessorientierung. Sie beinhaltet „die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1982, S.72, zitiert nach Mayring 1996). Im Hinblick auf die Interviewsituation betont Witzel, dass der Kommunikationsprozess von Akzeptanz und Offenheit geprägt sein sollte.

Bevor ich die Interviews durchführte, schlossen die/ der InterviewpartnerIn und ich einen Datenschutzvertrag, der im Anhang beigelegt ist.

Zum praktischen Vorgehen ist zu sagen, dass die Interviews auf Tonbandkassetten aufgezeichnet wurden. Hier ergab sich die Schwierigkeit, dass einzelne Wörter, in einem Interview sogar einige Sätze, unverständlich sind.

Die Transkription wurde teilweise von mir und teilweise extern gegen Bezahlung durchgeführt. Sie erfolgte nach den Transkriptionsempfehlungen von Legewie und Paetzold-Teske (1996).

In den für den Ergebnisteil der Diplomarbeit verwendeten Zitaten wurden jedoch Pausen und „ähms“ entfernt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten.

## 3.5 Durchführung des Problemzentrierten Interviews

### 3.5.1 Feldzugang

Durch meine Mitarbeit im Projekt gestaltet sich der Feldzugang relativ leicht. Alle prinzipiell möglichen InterviewpartnerInnen sind psychiatrienerfahrene MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*, das bedeutet, dass sie mir zumindest von Teamsitzungen oder anderen Veranstaltungen wie Fortbildungen bekannt sind. Allerdings variiert die Intensität der Beziehung stark. Mit vier der fünf InterviewpartnerInnen habe ich in der Krisenpension gemeinsam Dienste geleistet. Drei InterviewpartnerInnen haben bereits vor den Interviews mit mir über ihre eigenen Psychiatrieerfahrungen gesprochen. Weiter sind drei InterviewpartnerInnen regelmäßige TeilnehmerInnen des bereits erwähnten Trialogischen Forums.

Ich fragte telefonisch an, ob Interesse besteht an einem Interview für meine Diplomarbeit teilzunehmen.

Die Interviews wurden an unterschiedlichen Orten geführt, in der Wohnung der InterviewpartnerIn, in meiner Wohnung, in Geschäftsräumen der/ dem InterviewpartnerIn, in der Krisenpension und in den Räumlichkeiten der Kontakt- und Beratungsstelle der *Pinel gGmbH* im S-Bahnhof Schöneberg. Der Ort wurde durch die InterviewpartnerInnen gewählt. Tendenziell würde ich mein Verhältnis zu den InterviewpartnerInnen als kollegial bis freundschaftlich beschreiben.

### 3.5.2 Sampling

Ein theoretisches Sampling im Sinne von Strauss und Corbin (1996) ist durch die vor allem zeitlichen und finanziellen Grenzen meiner Diplomarbeit nicht möglich. Strauss und Corbin (1996) fordern, dass der Forschende nach einer Kodierphase zurück ins Feld kehrt um erneut Daten zu sammeln. Es sollte ein Wechselspiel von Datengewinnung und Arbeit mit den Daten entstehen.

Ich bin mir dieser Problematik bewusst, führte meine fünf Interviews jedoch vor der Analysephase meiner Forschung.



### 5.5.3 Auswahl und Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Alle InterviewpartnerInnen sind ehrenamtliche MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* und Psychiatrieerfahrene.

Im Rahmen des Dialogischen Forums wurde der Versuch unternommen zu charakterisieren, was den Betroffenenstatus, bzw. die Betroffenenkompetenz ausmacht. Es wurden folgende Punkte zusammengestellt:

- Psychiatrie als Patient einer geschlossenen/ offenen Station erfahren haben
- Eine alternative Einrichtung wie z.B. das Weglaufhaus genutzt haben
- Krisenerfahrung
- Gewalt- oder Traumatisierungserfahrung
- Von Psychiatrie bedroht sein
- Persönliche Erfahrung mit Psychopharmaka/ Absetzerfahrung
- Wer sich und seine Erfahrung in Gesprächen mit anderen freiwillig zu erkennen gibt
- Mit oder ohne offizielle professionelle Qualifikation
- Differenzierte Auseinandersetzung mit dem System Psychiatrie bzw. dem Thema Psychiatrie
- Bereitschaft eigene Erfahrungen weiter zu geben (Fortbildung etc.)
- Aufgeschlossenheit gegenüber Alternativen
- Interesse sich mit Menschen in Krisensituationen auseinander zu setzen
- (Lange) Therapieerfahrung
- Keine Einschränkung/ Beschränkung auf spezielle Diagnosen
- Einfache, verständliche Sprache
- Authentizität/ als Individuum erkennbar bleiben

(Protokoll des Dialogischen Forums 17.01.2007)

Meine erste Interviewpartnerin, Frau A., ist in einem Selbsthilfeverband aktiv und kam über dieses Engagement zum Projekt *Krisenpension und Hometreatment*. Der Selbsthilfeverband, dem Frau A. angehört war nicht an der konzeptionellen Entwicklung des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* beteiligt, gehört aber seit der Eröffnung zum Trägerverbund.

Frau B., meine zweite Interviewpartnerin, ist psychiatrieerfahren und beruflich im psychosozialen sowie therapeutischen Bereich tätig. Sie lernte das Projekt im Rahmen ihrer beruflichen Neuorientierung nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie kennen. Frau B. ist die

Einzigste, die nicht von Gewalt- oder Zwangserfahrungen berichtet. Inzwischen ist Frau B. nicht mehr im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* tätig, da sie eine neue Anstellung im psycho-sozialen Bereich angetreten hat.

Der dritte Interviewpartner, Herr R., hat zunächst einen handwerklichen Beruf erlernt, bevor er eine Ausbildung zum Ergotherapeuten absolvierte. Er beschreibt sich als Professionellen und Betroffenen. Allerdings ist Herr R. nicht mehr in seinem Beruf aktiv. Herr R. ist auch in die Organisation und theoretische Konzeptionsarbeit des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* involviert. Herr R. ist wie Frau A. Mitglied eines Selbsthilfeverbandes, der zum Trägerverbund des Projekts gehört.

Die vierte Interviewpartnerin Frau D. ist diplomierte Psychologin und in einem Psychiatrieerfahrenen-Verband Mitglied, der nicht zu den Trägern des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* gehört und sich teilweise von der Arbeit des Projekts deutlich distanziert.

Der fünfte Interviewpartner Herr E. ist nicht in der Verbandarbeit aktiv. Auch er war im medizinisch-therapeutischen Bereich beschäftigt und ist promoviert. Die Tätigkeit im medizinisch-therapeutischen Bereich beendete er aufgrund seiner eigenen Krisen.

Damit hat nur Frau A. keine soziale, therapeutische oder medizinische Ausbildung, sie ist promovierte Sozialwissenschaftlerin.

Die InterviewpartnerInnen unterscheiden sich durch die Dauer und den zeitlichen Umfang ihrer Tätigkeit, durch die Art der Arbeit und dadurch, ob sie in der Verbandsarbeit aktiv sind.

### 3.6 Die Protokolle des Trialogischen Forums

Neben den durch die Interviews gewonnenen Texten stellen die Protokolle des Trialogischen Forums eine Datenquelle für meine Diplomarbeit dar. Das monatlich stattfindende Trialogische Forum ist ein/ versteht sich selbst als:

- a) Ort der offenen Diskussion
- b) Ort der offenen Reflektion
- c) Möglichkeit philosophisch-politische Debatten z.B. zum Betroffenen- oder NutzerInnenbegriff zu führen
- d) Raum sich mit Teammitgliedern auszutauschen die an anderen Gremien, wie der AGI oder dem Beirat, nicht teilnehmen
- e) Austausch über Differenzen

(Protokoll des Trialogischen Forums 06.11.07)

Ich habe zwölf Protokolle, die zwischen dem 17.01.2007 und dem 11.12.2007 entstanden sind verwendet. Die Protokolle wurden bereits in der Anfertigung anonymisiert, so dass Aussagen nicht auf Einzelpersonen zurück geführt werden können, bzw. dass Aussagen über Einzelpersonen keine Rückschlüsse auf persönliche Daten (Namen etc.) zulassen. Die TeilnehmerInnenzahl des Dialogischen Forums liegt in der Regel zwischen zehn und zwanzig. Nicht alle teilnehmenden Professionellen, Angehörigen und Betroffenen leisten selbst Dienste in der Krisenpension. Jedoch sind alle TeilnehmerInnen mit der Krisenpension assoziiert, z.B. durch Mitarbeit an der Konzeptentwicklung oder Tätigkeit im Trägerverbund. Der Anteil der betroffenen MitarbeiterInnen überwiegt im Vergleich zu Professionellen und Angehörigen.

Die von mir angefertigten Protokolle werden per E-Mail an alle MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* verschickt und sind in einem Ordner in den Räumen der Krisenpension für alle MitarbeiterInnen zugänglich.

### 3.7 Datenauswertung durch Orientierung an der Grounded Theory

Meine Datenauswertung orientiert sich an der Grounded Theory.

Strauss und Corbin (1996) definieren die Grounded Theory als „eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet“ (Strauss & Corbin 1996, S.7). Den Kern der Dateninterpretation in der Grounded Theory stellt die theoretische Kodierung auf den drei folgenden Ebenen dar:

1. Offenes Kodieren
2. Axiales Kodieren
3. Selektives Kodieren

#### 3.7.1 Offenes Kodieren

Das offene Kodieren stellt den „Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten“ (Strauss & Corbin 1996, S. 43) dar. Dabei sind zwei Analyseverfahren von besonderer Bedeutung. Zum einen muss der Forscher beständig vergleichen, zum anderen müssen Fragen an den Text gestellt werden. Die offene Kodierung kann unterschiedlich detailliert angewendet werden (Flick 2002). Ich entschied

mich für die Betrachtung von kompletten Sätzen oder Sinnabschnitten. Zur Verdeutlichung meines Vorgehens kann das folgende Beispiel dienen:

„...na ja gut und dann natürlich auch, wenn ich so Einzelgespräche mit Stimmenhörer habe, dann übers Stimmenhören, also halt Fragen stelle, die vielleicht äh ich aus meiner Perspektive mit meinen Erfahrungen anders stelle als nen Profi zum Beispiel ne.“ (Frau A. 230-234)

Zunächst habe ich die Fragen

**„Was?** Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen?

**Wer?** Welche Personen, Akteure sind beteiligt? Welche Rollen spielen sie dabei? Wie interagieren sie?

**Wie?** Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen (oder nicht angesprochen)?

**Wann? Wie lange? Wo?** Zeit, Verlauf und Ort

**Warum?** Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?

**Wozu?** In welcher Absicht, zu welchem Zweck?

**Womit?** Mittel, Taktiken und Strategien zum Erreichen des Ziels.“ (Böhm 2000, S.477-478, zitiert nach Flick 2002, S.264)

an die Textstelle herangetragen.

Die Fragen wurden für die Beispieltextstelle wie folgt gestellt und beantwortet:

**Was?** Frageperspektive im Einzelgespräch

**Wer?** Frau A. und Stimmenhörer

**Wie?** Besonderheit der Frageperspektive, Unterschiedlichkeit zum Professionellen

**Wann?** Einzelgespräch mit Stimmenhörer

**Warum?** Eigene Erfahrung

Es wurde der Kode *„Gesprächsstrukturierung durch Erfahrung“* vergeben. Weiter schrieb ich die folgende Kodenotiz: *„Die Erfahrung strukturiert die Gesprächsführung und wird so zum Arbeitsmittel. Die Gesprächsstrukturierung ist betroffenenspezifisch und unterscheidet sich von der Gesprächsführung Professioneller.“*

Weiter fragte ich mich, in welchen anderen Bereichen die Erfahrung der betroffenen MitarbeiterInnen wichtig ist. Ich fand unter anderem die Kodes *„Beratung bei Schwierigkeiten“*, *„Beratung bei Entscheidungen“* und *„Anregung von Selbsthilfe“*. Ich fasste

diese und andere Codes in der Kategorie (Familie) „Erfahrungsorientiertes und –legitimiertes Handwerkszeug“ zusammen.

Hier bietet sich die Möglichkeit des Vergleichs mit der Literatur zu Basisqualifikationen von MitarbeiterInnen in der Krisenintervention. Kunz et al (2004) beschäftigen sich am Ende ihres Buches „Krisenintervention – Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung“ mit diesen Grundqualifikationen, die notwendig sind, um kompetente Krisenintervention zu leisten. Auch hier werden als Handwerkszeug z.B. beraterische oder therapeutische Kompetenzen benannt. Im Vergleich zu meinen Codes stellte ich fest, dass die Betroffenen sich hier an der eigenen Erfahrung bzw. an der Evaluation der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung orientieren, während die Literatur eher Bezug auf Ausbildung und Berufserfahrung nimmt und die Lebenserfahrung der HelferInnen auf einer allgemeinen Ebene einbezieht.

### 3.7.2 Axiales Kodieren

Axiales Kodieren wird von Strauss und Corbin (1996) als „eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden“ (Strauss & Corbin 1996, S.75) beschrieben. In diesem Analyseschritt kommt ein Kodier-Paradigma zum Einsatz, das „aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht“ (Strauss und Corbin 1996, S.75). Durch das Kodier-Paradigma können die Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien (Familien) herausgearbeitet werden. Mit anderen Worten kann man sagen, dass sich im Paradigma unterschiedliche Fragen, wie z.B. „Was ist das Phänomen?“, „Aus welchen Elementen besteht es?“, „Welche Konsequenzen sind mit dem Phänomen verbunden?“, zeigen (siehe Abbildung 16).

Im Laufe meines Studiums an der Freien Universität Berlin lernte ich, dass ein konservativer, sklavischer Umgang mit dem von Strauss und Corbin (1996) entwickelten Paradigma nicht unbedingt notwendig ist, daher nahm ich einige Spezifizierungen zur Darstellung der Gesamtergebnisse vor.

Zur kleinschrittigen Analyse der Zusammenhänge der Codes die zu einer Kategorie (Familie) gehören, schien mir das Paradigma von Strauss und Corbin (1996) jedoch unangemessen zu sein. Hier orientierte ich mich an den durch das Computerprogramm *ATLAS.ti*, auf das ich später noch zu sprechen komme, vorgeschlagenen und mir sinnvoll erscheinenden Relationen zur Illustration der Zusammenhänge der Kategorienmitglieder (Familienmitglieder).

Offenes und axiales Kodieren wurden zwar von mir unter getrennten Unterüberschriften behandelt, in der praktischen Durchführung der Datenauswertung wechselte ich jedoch oft zwischen diesen Verfahren hin und her.

### 3.7.3 Selektives Kodieren

Das selektive Kodieren wurde von mir nicht durchgeführt und soll nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Das selektive Kodieren bezeichnet den „Prozess des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen“ (Strauss & Corbin 1996, S.94).

### 3.7.4 Eigenschaften und Dimensionen

Strauss und Corbin (1996) beschreiben die Entwicklung von Eigenschaften und Dimensionen bereits mit dem Prozess des offenen Kodierens. Eigenschaften werden von ihnen als „Attribute oder Charakteristika, die zu einer Kategorie gehören“ (Strauss & Corbin 1996, S.43) und Dimensionen als die „Anordnung von Eigenschaften auf einem Kontinuum“ (Strauss & Corbin 1996, S.43) definiert. Die Entwicklung von Eigenschaften mit ihren Dimensionen dient unter anderem der Herstellung von Wenn-Dann-Beziehungen und der Generierung von Hypothesen. Im Laufe meiner Analyse rückte ich allerdings immer weiter von dem Vorhaben ab, Hypothesen oder Wenn-Dann-Beziehungen aufzustellen. Ich entwickelte daher nur eine Eigenschaft.

Nach Abschluss der Datenauswertung stellte ich jedoch fest, dass es sich bei den von mir entwickelten Kategorien teilweise um Untergruppen handelt, die sich durch eine Eigenschaft und Dimension auszeichnen. So entwickelte ich beispielsweise die Kategorie „(Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus“. Sie stellt eine positive Ausprägung der Eigenschaft Bewältigungsoptimismus dar. Die Ausarbeitung der Eigenschaft mit den Dimensionen „(vor-)gelebt“ vs. „nicht (vor-)gelebt“ würde meines Erachtens jedoch eine weitere Datensammlung erfordern.

### 3.7.5 ATLAS.ti

In der praktischen Umsetzung meiner Orientierung an der Grounded Theory wende ich das Programm *ATLAS.ti* an.

Das Programm *ATLAS.ti* wurde von Muhr im Rahmen eines Projektes an der Technischen Universität Berlin entwickelt. Grundlage und Ausgangspunkt der Entwicklung stellt die Grounded Theory dar. Trotz dieser Nähe zur Grounded Theory werden teilweise andere Begrifflichkeiten verwendet, beispielsweise werden die Kategorien als Familien bezeichnet. Weiter kann das Programm auch zur Arbeit mit anderen qualitativen Verfahren, wie z.B. der Inhaltsanalyse, herangezogen werden. Auch bestehen Schnittstellen zu dem Computerprogramm *SPSS*, mit dem quantitative Daten analysiert werden können.

Laut Flick (2002) ordnen die meisten Autoren das Programm der Gruppe von Computerprogrammen zu, mit denen begriffliche Netzwerk-Bildung betrieben werden kann. Flick charakterisiert diese Gruppe „durch ausgedehnte Möglichkeiten der Entwicklung und Darstellung von Begriffsnetzen, Kategoriennetzen und unterschiedlichen Möglichkeiten der Visualisierung von Relationen zwischen den jeweiligen Bestandteilen der Netze“ (Flick 2002, S.398).

Ich habe das Programm in fast allen Analyseschritten verwendet. Die transkribierten Interviews und die Protokolle des Trialogischen Forums wurden als Worddokumente in *ATLAS.ti* eingespeist. *ATLAS.ti* ermöglicht, dass das Interview und die zugehörigen Codes parallel angezeigt werden. Lediglich am Ende der Forschungsarbeit wurden letzte handschriftliche Änderungen auf ausgedruckten Textdokumenten vorgenommen.

In der weiteren Analyse war auch die Darstellungsmöglichkeit von Codes und Kategorien (Familien) in Netzwerken hilfreich.

Zur Veranschaulichung meiner Forschungsergebnisse habe ich diese Netzwerke im Kapitel drei zur Darstellung der Ergebnisse verwendet.

Letztendlich denke ich, dass meine Ergebnisse durch die Arbeit mit *ATLAS.ti* eine höhere Transparenz haben als es ohne die Verwendung möglich gewesen wäre. Dies wurde mir besonders in der Zusammenarbeit und Diskussion im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit einer Kommilitonin deutlich.

### 3.8 Gütekriterien

Ines Steinke (1999) entwickelt in ihrem Buch „Kriterien qualitativer Forschung“ folgende Bewertungsansätze zur Beurteilung qualitativer Forschungsarbeiten:

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
2. Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien
3. Empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung
4. Limitation
5. Reflektierte Subjektivität
6. Kohärenz

Zur Bewertung meiner Diplomarbeit, die nicht die Stufe einer Theoriebildung erreicht, sind die Bewertungskriterien der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und die Indikation des Forschungsprozesses geeignet, da sie nicht die Entwicklung einer Theorie voraussetzen.

#### 3.8.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Der Anspruch auf exakte Replizierbarkeit der Ergebnisse einer qualitativen Forschungsarbeit kann laut Steinke (1999) nicht erfüllt werden. Jedoch ist es möglich, die Ergebnisse für z.B. die Leserin oder den Leser einer Arbeit intersubjektiv nachvollziehbar zu machen. Damit die Ergebnisse einer Forschungsarbeit intersubjektiv nachvollziehbar sind, ist es notwendig, dass die Forscherin oder der Forscher den Prozess der Forschung dokumentiert, was ich in diesem Kapitel meiner Diplomarbeit getan habe. Ich habe mein Vorverständnis, die Transkriptionsregeln, die Datenquellen, die Auswertungsmethode, die Entscheidungen und die damit verbundenen Probleme dargelegt. Hinzu kommt, dass ich zum einen die einzelnen Untersuchungsschritte im Diplomandencolloquium und zum anderen in einer Arbeitsgruppe mit einer Kommilitonin vorgestellt und kritisch diskutiert habe. Damit erfolgten meine Interpretationen in der Gruppe. Wie bereits erwähnt stellt auch das Computerprogramm *ATLAS.ti* eine weitere Möglichkeit dar, die Transparenz oder intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Hinzu kommt auch die Anwendung eines kodifizierten Verfahrens, der Orientierung an der Grounded Theory.

Somit erachte ich das Kriterium der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als erfüllt.



### 3.8.2 Indikation des Forschungsprozesses

Das Kriterium der Indikation des Forschungsprozesses macht die Angemessenheit der verwendeten Methoden zum Bezugspunkt der Bewertung.

Meine Fragestellung „Wie sieht die spezifische Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* aus?“ kann mit den Mitteln der qualitativen Forschung untersucht werden, eine Quantifizierung scheint nicht möglich. Das Problemzentrierte Interview ist zur Erhebung geeignet, da so die subjektiven Erfahrungen, Deutungen und Begründungen der psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* erfasst werden können. Zur Auswertung der gewonnenen Daten orientierte ich mich an der Grounded Theory. Die Grounded Theory und das Problemzentrierte Interview sind kompatibel. Wie beschrieben bin ich selbst Mitarbeiterin des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* und kannte die InterviewpartnerInnen bereits vor der Interviewsituation. Ich würde unsere Interaktion als offen, vertraut und kollegial bezeichnen.

Damit ist auch das Kriterium der Indikation des Forschungsprozesses erfüllt.

#### 4. Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse meiner Untersuchung dargelegt.

Einleitend wird im ersten Unterkapitel das Projekt *Krisenpension und Hometreatment* anhand seiner Konzeption und meiner Arbeitserfahrung vorgestellt, d.h. dass dieser Teil kein Ergebnis meiner Forschungstätigkeit ist. Es folgt eine Darstellung der Arbeitsbereiche, in denen die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen tätig sind.

Im zweiten Unterkapitel wird die Motivation der betroffenen MitarbeiterInnen illustriert.

Das dritte Unterkapitel behandelt die Ressourcen, die eine gelingende Beteiligung PsychiaterInnen als MitarbeiterInnen in der Krisenpension ermöglichen.

Im anschließenden vierten Unterkapitel wird gezeigt, wie sich die gelingende, betroffenen spezifische Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* mit den NutzerInnen darstellt.

Das fünfte Unterkapitel setzt sich mit den Konsequenzen der Betroffenenbeteiligung für die betroffenen und nicht-betroffenen MitarbeiterInnen der Einrichtung auseinander.

Im sechsten Unterkapitel werden meine Ergebnisse zu einem Gesamtbild zusammengeführt.

Zur Veranschaulichung dienen in allen Teilen des Kapitels „Ergebnisse der empirischen Untersuchung“ Grafiken, die mit Hilfe des Computerprogramms *ATLAS.ti* erstellt wurden.

Aus Gründen der Lesbarkeit habe ich weitgehend darauf verzichtet, im Text wiederholt darauf hinzuweisen, dass es sich bei meinen Ergebnissen um Kategorien (Familien), bzw. Mitglieder oder Unterkategorien handelt. Jedoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass mein Ergebnis im wesentlichen aus den folgenden Kategorien (Familien) besteht (vgl. Abbildung 16): Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientierten Handwerkszeug, (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus, Betroffenen spezifischer Kontaktaufbau, Tätigkeitsbereiche, Motivation, Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung, Lernkompetenz, Angemessener Umgang mit Belastbarkeit, Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen, (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen, Fortbildung ohne Absicht. Das Zusammenspiel der Kategorien wird im sechsten Unterkapitel (vgl. Abbildung 16) im Rahmen eines Paradigmas frei nach Strauss und Corbin (1996) illustriert.

## 4.1 Projektbeschreibung und Tätigkeitsbereiche der betroffenen MitarbeiterInnen

### 4.1.1 Darstellung des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*

Eine in Berlin realisierte Form der Umsetzung der Betroffenenbeteiligung ist das Projekt *Krisenpension und Hometreatment*.

Das Projekt *Krisenpension und Hometreatment* begleitet Menschen in akuten psychotischen Schüben und schweren seelischen Krisen und stellt eine Alternative zur stationären Psychiatrie dar.

Das Hometreatment, welches bereits in der Konzeption verankert ist, wird zur Zeit noch nicht umgesetzt und ist somit für meine Diplomarbeit nicht relevant. Ich bezeichne die Einrichtung daher im folgenden oftmals einfach als die Krisenpension.

Die Krisenpension möchte die „Lücke zwischen stationärer Behandlung in der Klinik auf der einen Seite und der ambulanten und komplementären Behandlung und Betreuung, wie sie von niedergelassenen Ärzten, von therapeutischen Wohngemeinschaften, der Einzelfallhilfe, dem Krisendienst und vergleichbaren Hilfsangeboten geleistet wird, auf der anderen Seite“ (Projektbeschreibung der Krisenpension, Stand November 2005, S.1) schließen.

Die Krisenpension nahm ihre Arbeit im September 2005 auf und hat bisher keine vollständige Finanzierung durch die Krankenkassen. Im Oktober 2007 wurde der erste Vertrag über integrierte Versorgung mit einer Krankenkasse geschlossen.

Die entstehenden Kosten wie Miete, Telefon und Lebensmittel werden von den verschiedenen Trägern in unterschiedlichem Maß getragen.

Seit der Gründung wird das Projekt von einem Trägerverbund gestützt, an dem folgende Träger beteiligt sind:

- *Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener, BOP&P e.V.*,
- *Einzelfallhilfe Berlin gGmbH*
- *frei-raum e.V.*
- *Landesverband Berlin für Angehörige psychisch Kranker e.V.*
- *Lesbenberatung e.V.*
- *Netzwerk Stimmenhören e.V.*
- *Pinel gGmbH*
- *Rose gGmbH*

- *Schwulenberatung – Psychosoziales Zentrum für Schwule*
- *Der Steg e.V.*

Damit sind in Tempelhof-Schöneberg ansässige gemeindepsychiatrische Träger, der Betroffenen-, bzw. der Angehörigen-Verband und andere Institutionen vertreten. Das Projekt Krisenpension und Hometreatment ist damit auf der Trägerebene trialogisch.

Die Räumlichkeiten befanden sich bis zum 01.09.2007 in der Hauptstr. 11 (10827 Berlin, Tel.: 78 71 76 73 ) in einer großzügig geschnittenen 4-Zimmer-Altbauwohnung. Drei der Zimmer waren sogenannte Gästezimmer, hier konnten ein oder zwei NutzerInnen schlafen. Das vierte Zimmer war das Büro, hier schlief auch der Nachtdienst. Allgemeiner Aufenthaltsraum und Treffpunkt war die Wohnküche.

Am 15.10.2007 wurden neue Räumlichkeiten in der Ebersstraße 56 (10827 Berlin, Tel.: 78 71 76 73) bezogen. Die neuen Räume sind deutlich größer und bestehen aus zwei Wohnungen, im vorderen Teil befinden sich die vier Gästezimmer und ein sogenanntes „weiches Zimmer“, eine großzügige Wohnküche, ein Büro und mehrere Badezimmer. Das „weiche Zimmer“ stellt eine Rückzugsmöglichkeit und einen geschützten Raum dar, der für die Begleitung von Menschen in akuten Phasen psychotischen Erlebens in der amerikanischen, bzw. schweizerischen Soteria konzipiert wurde (Broccard 2001). Die zweite Wohnung wird hauptsächlich für Teamsitzungen und Gespräche genutzt.

Das Team ist multiprofessionell und trialogisch (Professionelle, Angehörige und Psychiatrieerfahrene). Die Krisenpension ist bezüglich der Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen deutschlandweit einzigartig. In der Projektbeschreibung wird die Rolle der Betroffenen und Angehörigen wie folgt umrissen:

„Betroffene und Angehörige bringen ihre Erfahrungen und das spezifische Wissen aus persönlichem Erleben ein. Auf Grundlage ihrer Auseinandersetzung mit eigenen Psychose- und Krisenerfahrungen und der Arbeit in Gruppen und Verbänden haben sie eigene Positionen und Anforderungen an die Krisenarbeit formuliert, die die konsequente Beteiligung und Selbstbestimmung der KlientInnen fordern. Auf die Bedürfnisse der KlientInnen können sie in der konkreten Begleitung aus der Perspektive selbst bewältigter Krisen und eigener Erfahrung mit unterschiedlichen Hilfeangeboten eingehen.“ (Projektbeschreibung der Krisenpension, Stand November 2005, S.11)

Neben den drei Gruppen der Professionellen, Angehörigen und Betroffenen arbeiten auch Laien im Team der Krisenpension mit. Konzeptionell wird dies mit persönlichen,

menschlichen Fähigkeiten der Einzelnen begründet, Menschen in Krisensituationen zu begleiten (Projektbeschreibung der Krisenpension, Stand November 2005).

Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist zur Zeit ehrenamtlich in der Krisenpension tätig, daher umfasst das Team etwa 40 MitarbeiterInnen, da die zumeist ehrenamtlichen Kapazitäten der einzelnen beschränkt sind.

Die NutzerInnen der Krisenpension haben unterschiedliche Problematiken. Im Prinzip werden nur KlientInnen ausgeschlossen, die akut suizidal oder fremdgefährdend sind, bzw. bei denen eine Sucht oder eine somatische Ursache im Vordergrund steht. Suchterkrankungen oder vornehmlich körperliche Beschwerden können von der Krisenpension nicht bewältigt werden, da das Personal kein medizinisches Fachpersonal ist und die ÄrztInnen nicht die gesamte Zeit anwesend sind. Weiter müssen die KlientInnen in der Lage sein, Absprachen zu treffen und sich daran zu halten.

Ursprünglich wollte man sich verstärkt auf Menschen mit schizophrenen Erkrankungen konzentrieren. Zur allgemeinen Überraschung kamen vermehrt Traumatisierte, Menschen in prä- oder postpsychotischen Phasen und Frauen mit Borderline in die Krisenpension. Es wird vermutet, dass das Angebot für diese Gruppen besonders lückenhaft in Berlin ist.

Grundsätzlich möchte man lieber Menschen aus dem Bezirk Tempelhof-Schöneberg aufnehmen, da die Kooperation mit anderen Trägern auf diese Weise erleichtert wird und dies dem Ziel einer gemeindenahen Versorgung dienlich ist. In der Praxis werden allerdings Menschen aus allen Berliner Bezirken und Potsdam aufgenommen.

Die KlientInnen kommen auf unterschiedlichen Wegen in die Krisenpension. Die meisten kommen aus eigener Motivation, auf Anraten von Angehörigen, HelferInnen oder ÄrztInnen, dem *Berliner Krisendienst* oder nach einem Krankenhausaufenthalt auf Empfehlung der KlinikärztInnen. Der Aufenthalt ist grundsätzlich freiwillig. Einige NutzerInnen kommen auch über die im Trägerverbund vertretenen Institutionen in die Krisenpension, d.h. es kommen KlientInnen, die beispielsweise im betreuten Wohnen der *Pinel gGmbH* leben oder Menschen die bei *frei-raum e.V.* angebunden sind.

Der sozioökonomische Hintergrund der KlientInnen ist sehr unterschiedlich.

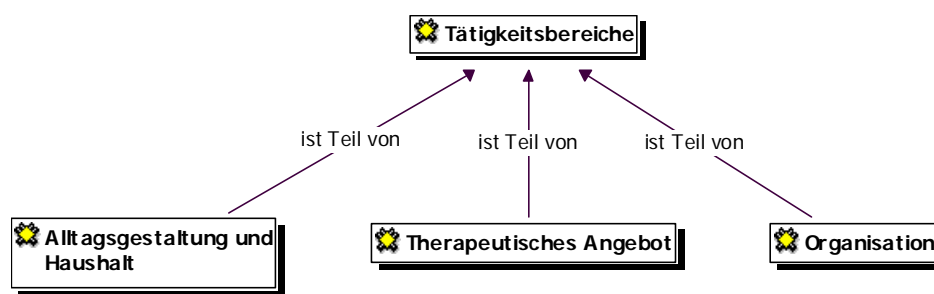
In der Vorbereitungsphase des Projekts orientierte man sich an diversen internationalen Alternativen im Umgang mit akuten Psychosen und psychischen Krisen, wie der schweizerischen bzw. amerikanischen Soteria, dem finnischen Need Adapted Treatment, dem Case-Management, dem Assertive Community Treatment oder den Community Mental Health Teams.

Die Gemeinsamkeiten der internationalen Ansätze werden in der Projektbeschreibung (Projektbeschreibung der Krisenpension, Stand November 2005, S.2) wie folgt benannt:

- „Non-Hospital Settings“ für akut psychiatrische Behandlung, möglichst zu Hause
- Multiprofessionelle und mobile Teams mit FachärztInnen
- Verantwortung sowohl für die Behandlung als auch für die Betreuung
- Niedrigschwellige, flexible und aufsuchende Arbeit
- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen bei vielen Diensten“

#### 4.1.2 Tätigkeitsbereiche der psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen

Die InterviewpartnerInnen beschreiben, dass sie unterschiedlichsten Tätigkeiten im Rahmen ihrer Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* nachgehen.



**Abbildung 2: Tätigkeitsbereiche**

Die benannten Aufgabenfelder lassen sich in drei Tätigkeitsbereiche gliedern:

#### 1. Alltagsgestaltung und Haushalt

Zur Gestaltung des Alltags und des Haushalts gehören folgende Aufgaben:

Zubereitung von Mahlzeiten mit den NutzerInnen, gemeinsames Essen mit den NutzerInnen, Übernahme von Reinigungsarbeiten mit den NutzerInnen, Wäschepflege, Freizeitgestaltung mit den NutzerInnen wie Spaziergänge, Gesellschaftsspiele, Musizieren oder kreatives Schaffen, Begleitung von NutzerInnen zu Ämtern, telefonische Auskünfte bezüglich der Modalitäten der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment*, telefonische Terminvereinbarung und informelle Küchengespräche.

#### 2. Therapeutisches Angebot

Unter therapeutischem Angebot werden nachfolgende Tätigkeiten erfasst:

Telefonische Beratung, Unterstützung der NutzerInnen bei Medikamenteneinnahme, Einzelgespräche mit NutzerInnen, intensive Begleitung einzelner NutzerInnen als Bezugsperson und Mitgestaltung von Erst- und Aufnahmegesprächen.

### 3. Organisation

Der Tätigkeitsbereich Organisation umfasst folgende Arbeiten:

Ideen- und Konzeptentwicklung des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*, praktische Vorbereitungen der Arbeit (z.B. Wohnungssuche), Fortbildung neuer MitarbeiterInnen, Delegationsarbeit, Verhandlungen auf Trägerebene und Auseinandersetzung mit Finanzierungsmöglichkeiten

Entsprechend sehen die Betroffenen ihre Aufgaben in allen Bereichen, wie z.B. das nächste Zitat zeigt:

„ich kann sagen, ich mache eigentlich alles“ (Frau A., 189)

Die Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ist allerdings unterschiedlich, es kommt z.B. eine Konzentration auf die Organisation oder therapeutische Arbeit, die Alltagsgestaltung oder das therapeutische Arbeiten in Betracht. Dies wird z.B. in nachstehenden Äußerungen ersichtlich:

„Zur Zeit konzentrier ich mich eher stärker auf die organisatorischen Dinge und Fachgruppenbegleitung so“ (Herr R. 340-341)

„hab ich viel im Tagesdienst gearbeitet, also ich hab ganz viel mit Gesprächen gearbeitet“ (Frau B. 152-153)

Die Wochenarbeitszeit der betroffenen MitarbeiterInnen liegt zwischen drei und fünfundzwanzig Stunden pro Woche.

## 4.2 Motivation

Die Motivation der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen speist sich aus unterschiedlichen Quellen, zum einen spielt der Aspekt der Berufstätigkeit eine Rolle, zum anderen das Interesse für die Konzeption des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*.

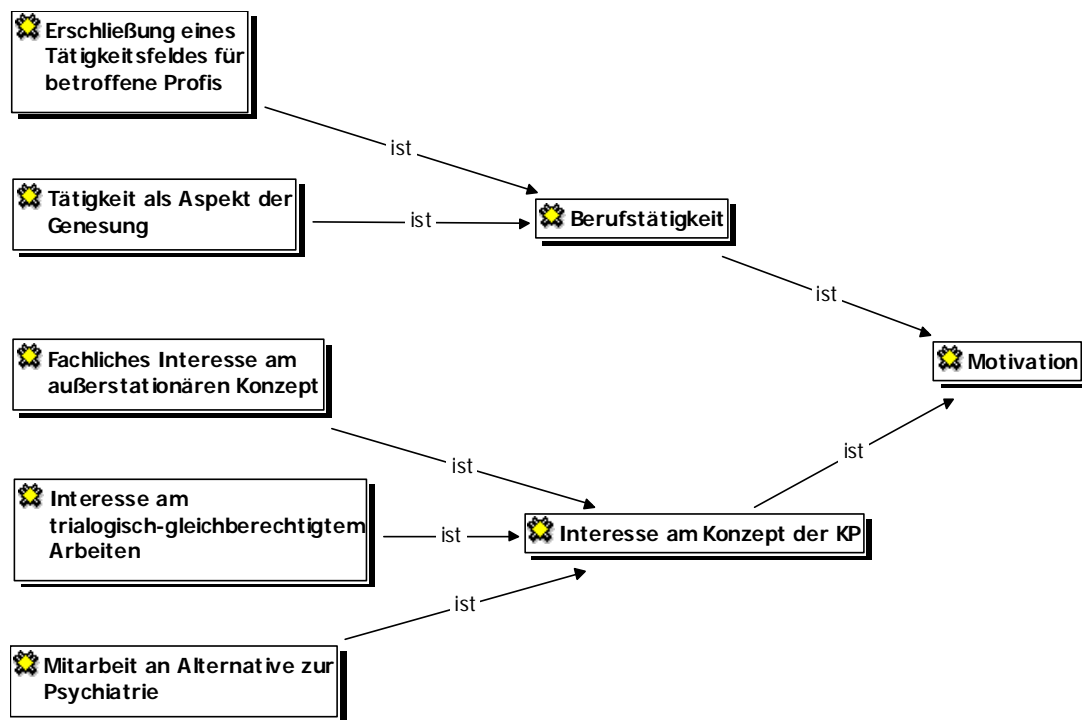


Abbildung 3: Motivation

### 4.2.1 Berufstätigkeit

Der berufliche Hintergrund der betroffenen MitarbeiterInnen ist unterschiedlich. Es besteht die Möglichkeit, dass Betroffene als LaienhelferInnen tätig sind sowie die Option, dass Betroffene eine formale Ausbildung im therapeutischen, medizinischen oder psycho-sozialen Bereich haben.

Besonders für die betroffenen Professionellen ist die Erschließung eines Tätigkeitsfeldes wichtig. Hier spielt auch der Aspekt der Berentung eine Rolle.

In der unten aufgeführten Aussage kann beispielhaft gezeigt werden, dass die Erschließung eines Tätigkeitsfeldes für die Psychiatrieerfahrenen ein Motivationsfaktor ist:

„Ja ich habe ja Psychologie studiert und Psychologie auch abgeschlossen und ich bin Bewohnerin eines Übergangwohnheimes für psychisch Kranke und ich hab mich im



Dezember oder im November hier beworben, weil ich gerne auch wieder in diesen Bereich was machen wollte.“ (Frau D., 104-108)

Auch wird die Lebensphase, in der die Tätigkeit aufgenommen wurde, als Rekonvaleszenzphase beschrieben. Die Tätigkeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* ist Teil einer selbstgewählten, unkonventionellen Rehabilitation:

„ich war selbst in soner Rekonvaleszenz so halt, also würde ich mal so bezeichnen“ (Frau B., 126-127)

#### 4.2.2 Interesse am Konzept der Krisenpension

Ein zweiter motivierende Faktor stellt die Konzeption des Projekts dar. Es lassen sich hier drei Aspekte der Motivation aufzeigen:

##### 1. Fachliches Interesse am außer-stationären Konzept

„also ist ja auch interessant, was anderes außer Klinik zu machen“ (Frau B., 131-132)

##### 2. Interesse am dialogisch-gleichberechtigten Arbeiten

„Na ja, es war einmal dieser dialogische Gedanke, den ich auch vom Netzwerk Stimmenhören kenne, so ja, also wo Leute aus unterschiedlichen Perspektiven miteinander zusammenarbeiten, das fand ich schon mal sehr gut und auch relativ gleichberechtigt mit anderen da arbeiten also, zumindest so die tägliche Arbeit, es gibt ja eigentlich nur ne ärztliche Leitung, während so die Arbeit in der, also die alltägliche Arbeit in der Krisenpension gleichberechtigt geschieht“ (Frau A., 156-164)

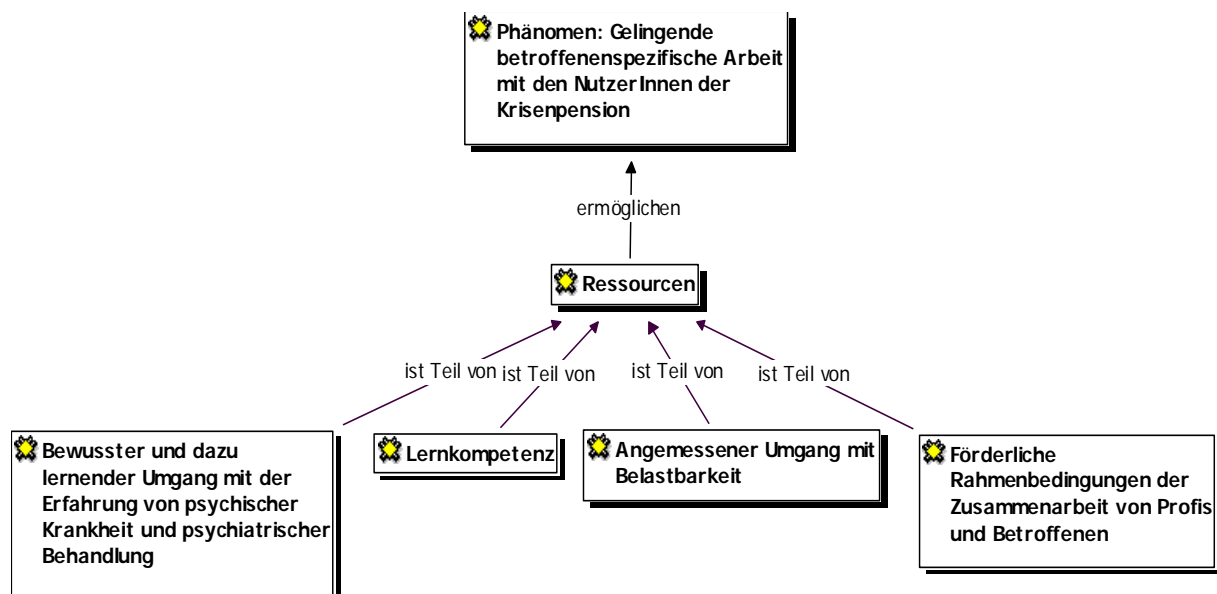
##### 3. Alternative zur Psychiatrie

Nach den eigenen negativen Erfahrungen mit der psychiatrischen Krankenhausversorgung sind die Betroffenen motiviert, an einer Alternative mitzuarbeiten.

„die Motivation war folgende, ich wollte nach meiner negativen Erfahrung achtundneunzig was anderes haben“ (Herr R., 280-281)

#### 4.3 Ressourcen für eine erfolgreiche Beteiligung Psychiatrieerfahrener

Eine Reihe von Ressourcen ist notwendig, damit ein von den psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen als erfolgreich erachtetes betroffenenspezifisches Arbeiten mit den NutzerInnen der Krisenpension ermöglicht wird (siehe Abbildung 4).



**Abbildung 4: Ressourcen einer gelingenden betroffenenenspezifischen Arbeit mit den NutzerInnen der Krisenpension**

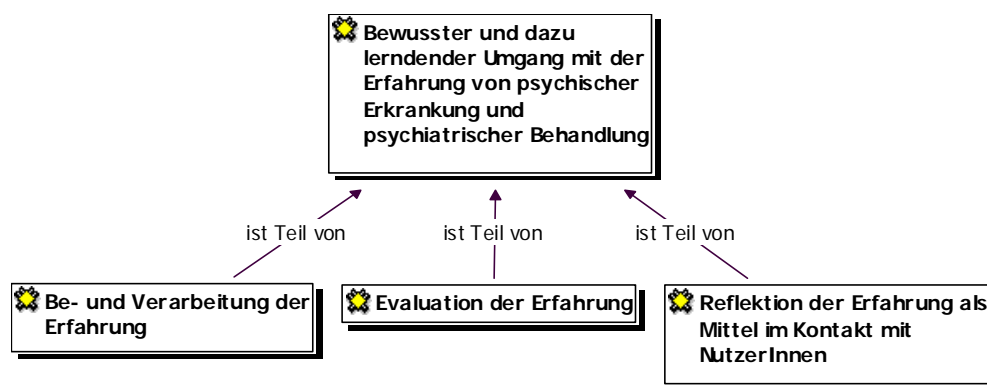
Diese Ressourcen sind zum einen individuell, d.h. sie beziehen sich auf die betroffenen MitarbeiterInnen. Zum anderen spielt das Team als Ganzes, bzw. die Institution *Krisenpension und Hometreatment* oder das Zusammenwirken von Einrichtung und den betroffenen MitarbeiterInnen eine Rolle.

##### 4.3.1 Individuelle Ressourcen eines erfolgreichen betroffenenenspezifischen Arbeitens

Die individuellen Ressourcen der Betroffenenbeteiligung sind ein bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung sowie eine grundlegende Lernkompetenz.

Kunz et al (2004) beschreiben im Zusammenhang mit Schlüsselqualifikationen für eine erfolgreiche Krisenarbeit, dass der Umgang mit der eigenen Lebenserfahrung von MitarbeiterInnen im Bereich der Krisenintervention bewusst und dazu lernend sein sollte. Weiter stellt eine grundsätzliche Lernkompetenz eine wesentliche Voraussetzung für die Arbeit dar. Die folgende Darstellung versteht sich als Erweiterung und Spezifizierung von Kunz et al (2004) in Bezug auf die Betroffenenbeteiligung in der Krisenintervention.

#### 4.3.1.1 Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung



**Abbildung 5: Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung**

Zum bewussten und dazu lernenden Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung gehört erstens die Be- und Verarbeitung der Erfahrung, zweitens die Evaluation der Erfahrung und drittens die Reflektion der Erfahrung im Kontakt mit NutzerInnen.

##### 4.3.1.1.1 Be- und Verarbeitung der Erfahrung

Bevor es zu einer Tätigkeit im Team der Krisenintervention kommt, ist den Betroffenen selbst eine Be- und Verarbeitung der eigenen Psychiatrieerfahrung wichtig. Allerdings wird der Grad der Be- und Verarbeitung unterschiedlich eingeschätzt. Er reicht von Abstand über Auseinandersetzung hin zur Verarbeitung und Integration der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung. Damit ist das Bild in Bezug auf den Grad der Be- und Verarbeitung der Erfahrung uneindeutig.

Jedoch ist eindeutig, dass ein bewusster Umgang mit der Erfahrung notwendig ist.

Die Wichtigkeit der Be- und Verarbeitung der eigenen Krisenerfahrung wird z.B. in folgenden Zitaten deutlich, dabei stellen alle Zitate eine Antwort auf die Frage, was Psychiatrieerfahrene für die Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* mitbringen sollten, dar:

„und der andere Punkt ist, dass ein gewisser, so sage ich es auch immer, ein gewisser Abstand von der Krise gut ist“ (Herr E., 895-897)

„damit auseinandergesetzt haben“ (Frau B., 376-377)

„Also ich würde denken schon eine relative Integriertheit der eigenen Erfahrungen“ (Frau B., 375-376)

„Erfahrung irgendwie ja verarbeitet haben nen Stückweit“ (Herr E., 899-900)

#### 4.3.1.1.2 Evaluation der Erfahrung

Neben der Be- und Verarbeitung der eigenen Erfahrung ist die Evaluation der Erfahrung für eine gelingende Arbeit notwendig. Sie bezieht sich auf mögliche, hilfreiche und nicht hilfreiche Strategien in krisenhaften Situationen. Diese Form der Evaluation ist betroffenenspezifisch, weil der Referenzpunkt der Evaluation die eigene Erfahrung ist. Sie führt zu einem betroffenenspezifischen, an der Erfahrung orientierten Wissen. Somit wird an der eigenen Erfahrung gelernt.

Zur Veranschaulichung folgende beispielhafte Zitate:

„also wie gehe ich selbst damit um, wie gehen andere damit um, was war da für mich hilfreich“ (Frau B., 184-186)

„es war schon sinnvoll kann man sagen weil, es hat was bewirkt“ (Frau A., 360-361)

„also dies war jetzt gut für mich und das war schlecht für mich ne, also das so ein bisschen differenzierter auch zu sehen“ (Frau A., 355-357)

#### 4.3.1.1.3 Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt mit den NutzerInnen

Schließlich spielt die Frage eine Rolle, wie mit der eigenen Erfahrung im Kontakt mit den NutzerInnen der Krisenpension umgegangen wird. Diese Reflektion stellt das dritte Element des bewussten und dazu lernenden Umgangs mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung als individuelle Bedingungen für eine erfolgreiche Betroffenenbeteiligung dar.

Die Reflektion des Einsatzes der Erfahrung ist am Wohle der NutzerInnen und der Frage, wie die Erfahrung als Mittel im Kontakt eingesetzt werden kann, orientiert.

Die Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt kann beispielhaft an folgenden Daten gezeigt werden:

„bringe ich die ein, wo bringe ich die nicht ein, was erzähle ich an welchen Stellen, was erzähle ich vielleicht auch nicht so“ (Frau B., 378-380)

„dass man nicht überall seine eigene Krise einbringt, weil das ist auch ne Gefahr, das kann hilfreich sein, wenn man seine eigenen Erfahrungen einbringt aber es kann auch zuviel sein“ (Frau D., 407-410)

„ich will das auch nicht immer so an die große Glocke hängen, sozusagen wenn's passt, dann erzähl ich etwas dazu, wenn das förderlich ist“ (Frau D., 276-278)

Durch die grundlegende Be- und Verarbeitung, Evaluation und Reflektion kann von einem bewussten und dazu lernendem Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung gesprochen werden.

#### 4.3.1.2 Lernkompetenz

Kunz et al (2004) beschreiben die Lernkompetenz als allen anderen Kompetenzen zugrunde liegend. Sie beinhaltet „die Fähigkeit und das Streben danach, Neues aufzunehmen und zu integrieren, einschließlich Transferleistungen“ (Kunz et al 2004, S.183) und den „Wunsch nach Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen und der eigenen Person“ (Kunz et al 2004, S.183).

Mit Hinblick auf psychiatrieerfahrene MitarbeiterInnen wird, neben diesem fundamentalen Charakter der Lernkompetenz, im folgenden Zitat illustriert, dass die Bereitschaft zu lernen nicht durch die eigene Erkrankung eingeschränkt werden darf:

„es ist immer wieder jeden Tag neu die Aufgabe für uns, dass wir weiter bereit sind zu lernen und, dass wir nicht jetzt sagen, das ist ja unsere Krankheit, (I: Mhm) damit entschuldigen, dass wir jetzt nicht weiter lernen können, natürlich müssen wir auch gucken, dass wir da nicht überziehen“ (Herr R., 770-774)

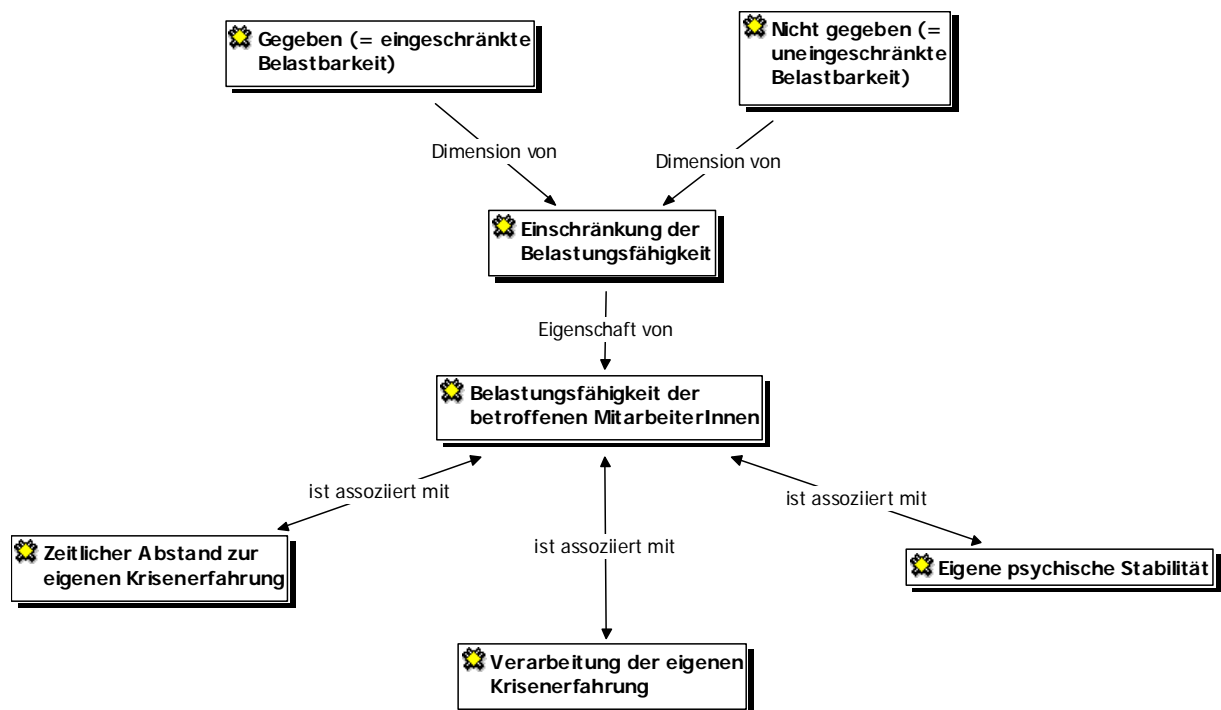
## 4.3.2 Überindividuelle Ressourcen: Angemessener Umgang mit Belastbarkeit und förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen

Neben den Bedingungen, die sich ausschließlich auf die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen selbst beziehen, kommen Ressourcen zum Tragen, die sich gleichermaßen auf die Institution, die im Projekt tätigen Professionellen, die betroffenen Teammitglieder und das Zusammenwirken von Institution und betroffenen MitarbeiterInnen beziehen.

### 4.3.2.1 Belastbarkeit

Kunz et al (2004) benennen emotionale, körperliche und zeitliche Belastbarkeit als personale Qualifikation in der Krisenintervention. Die Belastbarkeit der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen ist allerdings zum Teil eingeschränkt. So ergibt sich die Notwendigkeit eines Umgangs mit der Belastbarkeit. Bevor diesbezügliche Umgangsformen dargelegt werden, soll jedoch zuerst die Belastbarkeit der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen erläutert werden.

#### 4.3.2.1.1 Belastbarkeit der betroffenen MitarbeiterInnen



**Abbildung 6: Belastbarkeit der betroffenen MitarbeiterInnen**

Die Belastbarkeit der Betroffenen ist individuell verschieden, sie wird von den Betroffenen selbst zum Teil als eingeschränkt, bzw. als nicht eingeschränkt eingeschätzt. Die Einschätzung einer uneingeschränkten Belastbarkeit wird an folgender Textstelle, die Bezug auf zehnstündige Dienste nimmt, deutlich:

„das erfordert natürlich schon mehr Standing, mehr Stabilität, dann wo ich an Betroffene denke, dann zeigt sich ja schon, dass einige dann zwischendurch dann ja auch mal Gast in der Krisenpension waren, dass der Seitenwechsel sich vollzieht, also insofern ist das, werden sie nicht so einfach für die anderen aber auch für mich selber sehe ich da nicht so Gefahren“ (Herr R., 381-387)

Hingegen zeigt das nächste Zitat die Einschätzung einer eingeschränkten Belastbarkeit:

„ich bin nicht mehr so belastbar“ (Herr E., 1004-1005)

Die Belastungsfähigkeit der betroffenen MitarbeiterInnen hat somit die Eigenschaft Einschränkung der Belastungsfähigkeit mit den Dimensionen gegeben (= eingeschränkte Belastbarkeit) und nicht-gegeben (= uneingeschränkte Belastbarkeit) (siehe Abbildung 6).

Womit hängt diese Unterschiedlichkeit zusammen?

Das erste der beiden Zitate verweist bereits auf einen Zusammenhang der Belastbarkeit mit der eigenen psychischen Stabilität.

Auf einen Zusammenhang mit dem zeitlichen Abstand zur eigenen Krisenerfahrung deutet unter anderem die folgende Textstelle hin:

„wie viel geht jetzt oder wie viel geht dann in fünf Monaten und wie viel Dienste kann ich dann machen und kann ich Nachtdienste machen oder nicht“ (Frau B., 425-427)

Der dritte Zusammenhang bezieht sich auf die Verarbeitung der eigenen Krisenerfahrung:

„ich kann auch natürlich an meine Grenzen stoßen, je nachdem wie ich meine Geschichte auch verarbeitet habe“ (Herr R., 760-762)



Somit entsteht die folgende Hypothese zur Belastungsfähigkeit der Betroffenen MitarbeiterInnen:

Die Belastbarkeit ist hoch, wenn:

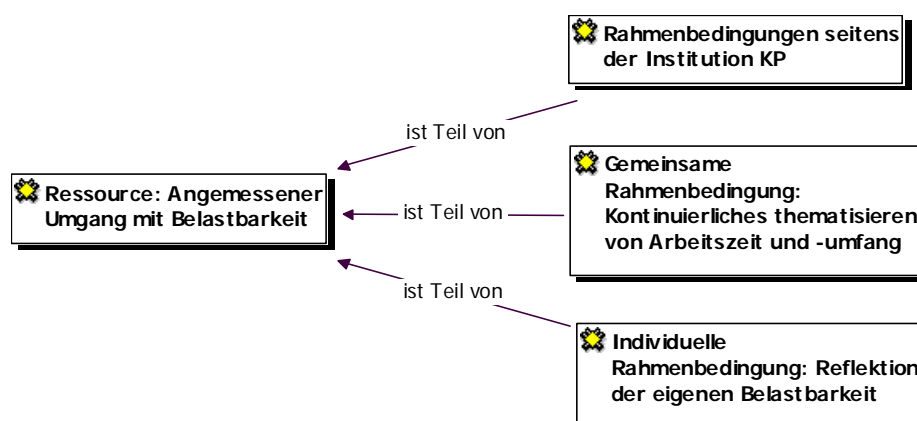
1. Der zeitliche Abstand zur eigenen Krisenerfahrung hoch ist.
2. Der Grad der Verarbeitung der eigenen Krisenerfahrung hoch ist.
3. Die eigene psychische Stabilität hoch ist.

Diese Hypothese bedarf der weiteren Überprüfung.

#### 4.3.2.1.2 Angemessener Umgang mit Belastbarkeit

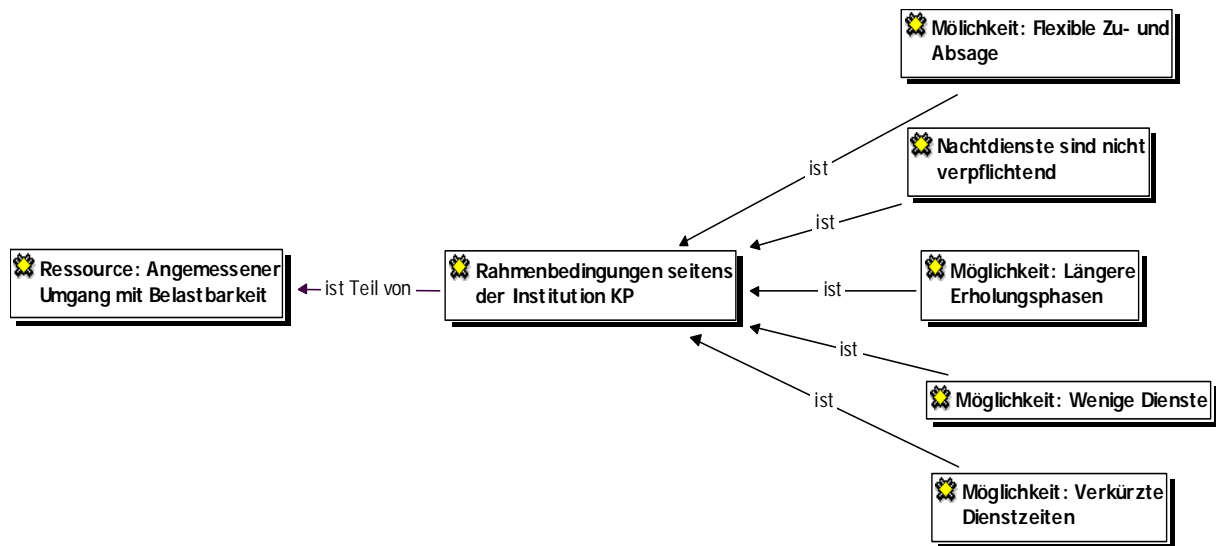
Welche Ressourcen sind nun für die betroffenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* im Bezug auf den Umgang mit der individuell verschiedenen Belastungsfähigkeit essentiell?

Die angemessenen Rahmenbedingungen beziehen sich zum einen auf die Einrichtung, auf das Zusammenwirken von Einrichtung und betroffenen MitarbeiterInnen und auf die betroffenen MitarbeiterInnen selbst. Zur Veranschaulichung dient Abbildung 7 „Angemessener Umgang mit Belastbarkeit“.



**Abbildung 7: Angemessener Umgang mit Belastbarkeit**

## Angemessene Rahmenbedingungen seitens der Institution Krisenpension



**Abbildung 8: Angemessener Umgang mit Belastbarkeit: Bedingungen Institution**

Zu den Rahmenbedingungen seitens der Einrichtung gehören folgende fünf Punkte:

1. Möglichkeit: Flexible Zu- und Absage

„also, dass ich kurzfristig auch absagen oder zusagen kann“ (Herr E., 1005-1006)

2. Möglichkeit: Verkürzte Dienstzeiten

In der Regel beträgt die Arbeitszeit im Projekt Krisenpension und Hometreatment 5 oder 5,5 Stunden, damit ist sie im Vergleich zum üblichen Acht-Stunden-Arbeitstag verkürzt. Einige MitarbeiterInnen leisten auch dreistündige Dienste.

„für mich ist die Rahmenbedingung ganz wichtig, dass die Dienste kürzer sind“ (Herr E., 1003-1004)

3. Möglichkeit: Längere Erholungsphasen

„wo ich danach völlig erschöpft war und das Gefühl hatte, jetzt eigentlich eine Woche nichts hören und sehen“ (Herr E., 397-399)

#### 4. Möglichkeit: Wenige Dienste

„ich mach ja nur einmal die Woche, das ist vielleicht schon sehr wenig aber ich, mir tut das gut so wenig zu machen“ (Frau D., 420-422)

#### 5. Nachtdienste sind nicht verpflichtend

Es kann individuell entschieden werden, ob Nachtdienste übernommen werden oder nicht. Die Freiwilligkeit von Nachtdiensten kann z.B. aus folgendem Zitat als wesentliche Bedingung erschlossen werden:

„also ich hab selbst nie Nachtdienst gemacht weil ich mir das nicht zumuten wollte“ (Frau B., 150-152)

Das Projekt *Krisenpension und Hometreatment* erfüllt durch diese Palette von Möglichkeiten eine gewisse Fürsorgepflicht gegenüber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und liefert eine Ressource zur gelingenden Betroffenenbeteiligung.

#### Kontinuierliche Thematisierung von Arbeitszeit und Arbeitsumfang als gemeinsame Rahmenbedingung von Institution und betroffenen MitarbeiterInnen

Neben der Einrichtung der bereits erwähnten institutionellen Rahmenbedingungen ist es notwendig, dass es zum Austausch zwischen betroffenen MitarbeiterInnen und der Einrichtung kommt. Dienstdauer und Arbeitsumfang müssen kontinuierlich und gemeinsam thematisiert werden. So können individuelle Belastbarkeit und institutionelle Erfordernisse, wie die Besetzung von Diensten, in Einklang gebracht werden. Diese Notwendigkeit kommt in nachfolgenden Zitaten zum Ausdruck, dabei werden Kontinuität und Belastbarkeit als Bezugspunkte für Entscheidungen und gemeinsame Entscheidungsfindung sichtbar:

„dass man sehr gut guckt, also so, dass wie viel geht jetzt oder wie viel geht dann in fünf Monaten und wie viel Dienste kann ich dann machen und kann ich Nachtdienste machen oder nicht, also da so sich einig wird, so mit, so ne Absprache auch zu treffen immer wieder und neu zu gucken“ (Frau B., 424-429)

„dass man sich das eben so ausmacht und, dass das nicht zuviel ist“ (Frau D., 435-436)

### Individuelle Reflektion der eigenen Belastbarkeit

Ein wie oben beschriebener Austausch zwischen Einrichtung und betroffenen MitarbeiterInnen setzt die Reflektion der Psychiatrieerfahrenen bezüglich der eigenen Belastbarkeit voraus. Denn die MitarbeiterInnen müssen die persönlichen Belastbarkeitsgrenzen kennen, damit die Arbeitsbelastung nicht zu groß wird. Um von der Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* zu profitieren, ist es auch wichtig, dass die betroffenen MitarbeiterInnen wissen was ihnen gut tut. Damit müssen die Grenzen der Belastbarkeit und das Maß dessen, was wohltuend ist, gekannt werden.

Dies wird z.B. in folgenden Textstellen deutlich:

„also ich hab selbst nie Nachtdienst gemacht weil ich mir das nicht zumuten wollte“ (Frau B., 150-152)

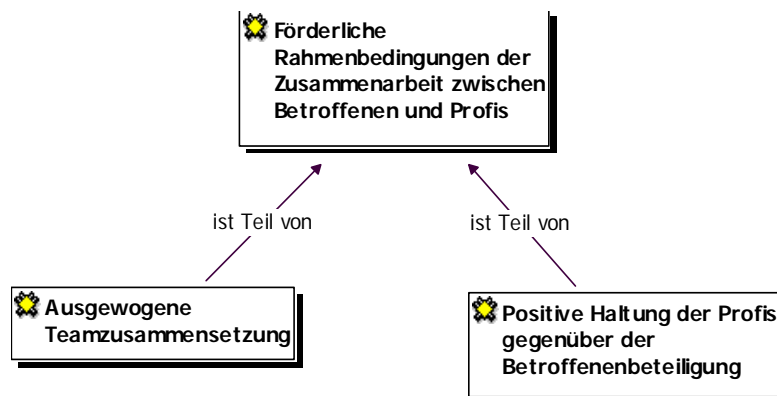
„sondern ich mach ja nur einmal die Woche, das ist vielleicht schon sehr wenig aber ich, mir tut das gut so wenig zu machen“ (Frau D., 420-422)

#### 4.3.2.2 Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen

Angesichts der Ergebnisse zu stigmatisierenden Einstellungen bei professionell im psychiatrischen Bereich Tätigen wird die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen bezüglich der Zusammenarbeit von betroffenen und nicht-betroffenen MitarbeiterInnen deutlich. Die Studie von Lauber et al (2006) zeigt, dass Professionelle sich nicht von der schweizerischen Normalbevölkerung in Hinblick auf stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch Kranken unterscheiden.

Weiter spielt die Statuszuschreibung von psychisch Kranken im gesellschaftlichen und psychiatrischen Diskurs eine Rolle.

Aus Betroffenen-sicht sind zwei Aspekte der Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von professionellen und psychiatriee erfahrenen Teammitgliedern notwendig. Zum einen sollte die Teamzusammensetzung ausgewogen sein und zum anderen wird von den Professionellen eine positive Haltung gegenüber der Betroffenenbeteiligung erwartet.



**Abbildung 9: Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen**

##### 4.3.2.2.1 Ausgewogene Teamzusammensetzung

Um eine gleichberechtigte, kollegiale Arbeit zu gewährleisten wird es als förderlich erachtet, dass die Anzahl der Betroffenen und Professionellen im Team *Krisenpension und Hometreatment* ausgewogen ist. Dies wird durch folgende Textstelle<sup>8</sup> belegt:

<sup>8</sup> In diesem Zitat werden neben der Betroffenen- und Professionellenzahl auch die Anzahl der Angehörigen berührt, auf die ich im Rahmen meiner Diplomarbeit jedoch nicht eingehe.

„ich könnte vielleicht sagen ja, Rahmenbedingungen trialogisch, dass das wirklich gut gemischt ist, dass nicht die einen Überhand haben“ (Herr E., 978-981)

#### 4.3.2.2.2 Positive Haltung der Professionellen gegenüber der Betroffenenbeteiligung

Die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Betroffenen wird im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* als gleichberechtigt charakterisiert. Diese Gleichberechtigung ist innovativ und im psychiatrischen, bzw. gesamtgesellschaftlichen Diskurs ungewöhnlich. Sie wird als motivierender (siehe 2.2 Interesse am Konzept der Krisenpension) und essentieller Faktor der Krisenpensionsarbeit angesehen. Zur beispielhaften Verdeutlichung das folgende Zitat:

„also was ich sehr wichtig finde, was du aber schon gefragt hast finde ich äh, dass diese gleichberechtigte Arbeit, weil es gesellschaftlich nicht legitimiert ist“ (Frau A., 498-501)

Wenn aber nach Lauber et al (2006) stigmatisierende Einstellungen unter Professionellen ähnlich häufig verbreitet sind wie unter der Normalbevölkerung, ist verständlich, warum eine explizit positive Haltung der mitwirkenden Professionellen gegenüber der Beteiligung Psychiatrieerfahrener wichtig ist. Diese grundsätzlich bejahende und positive Haltung der professionellen MitarbeiterInnen zeichnet sich durch Offenheit und Respekt aus, dies wird unter anderem aus folgenden Zitaten ersichtlich:

„Wichtig ist der Aspekt, ja was Themen, die Offenheit, die die anderen Teammitglieder, die nicht psychiatriee erfahren sind diesen Menschen gegenüber bringen, entgegen bringen, dass sie sie auch mit aufnehmen und unterstützen in deren Prozess, ihnen Mut machen sich zu zeigen, das würde ich als sehr wichtig ansehen.“ (Herr R., 811-815)

„dass wir da in der Krisenpension Professionelle finden, die damit einverstanden sind, (I: Mhm) dass wir gleichberechtigt sind, oder die, die uns respektieren und gleichberechtigt behandeln“ (Frau A., 469-472)

#### 4.4 Betroffenenpezifisches Arbeiten mit den NutzerInnen der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment*

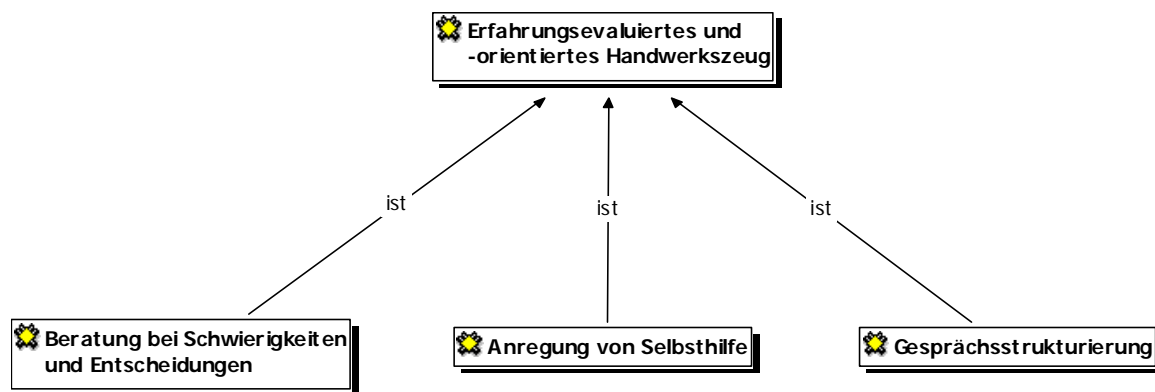
Die Arbeit der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* lässt sich als Handwerkszeug, welches im Rahmen der Tätigkeit eingesetzt wird, und als Handlungen auf der Grundlage von personalen Schlüsselfunktionen aus Erfahrung darstellen. Zu den Handlungen gehören der (Vor-)Gelebte Bewältigungsoptimismus und der betroffenenspezifische Kontaktaufbau.

##### 4.4.1 Erfahrungsevaluiertes und -orientiertes Handwerkszeug

Kunz et al (2004) beschreiben sichere Gesprächsführung und beraterische/ therapeutische Kompetenz als im Rahmen der Krisenintervention notwendiges Handwerkszeug. Das Handwerkszeug der betroffenen MitarbeiterInnen formt sich aus der persönlichen, evaluierten Erfahrung und ist an dieser orientiert. So wird die eigene Psychiatrieerfahrung als Handwerkszeug bezeichnet:

„I: Und wie betrachtest du die Zeit in der Psychiatrie heute?

E: Ja, heute würde ich sagen ist es nen ganz wertvolles, ist eigentlich so mein (SRICHT LACHEND) Handwerkszeug in der Krisenpension ja“ (Herr E., 211-215)



**Abbildung 10: Erfahrungsevaluiertes und -orientiertes Handwerkszeug**

Die Evaluation der eigenen Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung wurde bereits unter dem Punkt 4.3.1.1.2 erläutert.

Zum erfahrungsorientierten und -evaluierten Handwerkszeug gehören „Beratung bei Schwierigkeiten und Entscheidungen“, „Anregung von Selbsthilfe“ und „Gesprächsstrukturierung“. Sie sollen im folgenden einzeln besprochen werden.

#### 4.4.1.1 Beratung bei Schwierigkeiten und Entscheidungen

Die von den betroffenen MitarbeiterInnen durchgeführte Beratung speist sich aus der evaluierten, persönlichen Erfahrung. Es werden erfolgreiche Strategien weitergegeben. Plastisch wird diese Form der Beratung in folgendem Beispiel:

„Na ja also zum Beispiel äh letztes Mal hat eine Bewohnerin mir erzählt, welche Schwierigkeiten sie mit ihrer Diplomarbeit hat und, dass sie Arbeitsschwierigkeiten hat und das hatte ich auch während meiner Diplomarbeitphase und dann hab ich ihr erzählt, dass ich dann in eine Arbeitsschwierigkeitsgruppe gegangen bin und dann hab ich ihr erzählt wie, wie ich versucht hab meinen Arbeitsalltag für die Diplomarbeit zu strukturieren, dass ich mir nur son Zweistundenmaß gesetzt hab, in den zwei Stunden gearbeitet hab und mich einfach zwei Stunden hingeworfen hab auch, wenn mir nichts eingefallen ist und das hab ich ihr so weitergeben können, dass ich, wie ich das gemacht habe.“ (Frau D., 189-200)

Im nächsten beispielhaften Zitat rät die Mitarbeiterin zur Medikamenteneinnahme. Dieser Ratschlag bezieht sich auf die eigene positive Erfahrung mit Psychopharmaka und wird durch diese Erfahrung legitimiert.

„also ich denke schon so, dass ich auch diese Geschichte erzähle also, wenn jemand zum Beispiel keine Medikamente nehmen will und das irgendwie schon so auf der Schwelle kritisch, dass ich dann schon davon erzähle, also wie ich dazu gekommen bin, dass ich glaube, dass es vielleicht doch ganz gut ist, wenn's auch nur für ne kurze Zeit ist um so die akute Krise zu überbrücken, da Medikamente zu nehmen ne“ (Frau A., 204-211)

Damit kann die Beratungskompetenz als erfahrungsorientiert und -evaluiert bezeichnet werden.



#### 4.4.1.2 Anregung von Selbsthilfe

Weiter stellt die Anregung von Selbsthilfe ein betroffenen spezifisches Mittel dar, im anschließenden Textauszug wird dies z.B. verdeutlicht:

„was ich selber für mich tun kann, eine andere Art der Selbsthilfe äh anstoßen kann, sicherlich sind so Themen wie Alltagsstrukturierung, Tagesstruktur, auch ein Punkt, den ich so aus der Sicht eben halt sehe, dass ich, das irgendwo im Kontakt mit einzubringen“ (Herr R., 393-397)

Wiederum stellt die eigene Erfahrung den Dreh- und Angelpunkt dar, in diesem Fall ist jedoch vorrangig, was die Nutzerin oder der Nutzer für sich selbst tun kann.

#### 4.4.1.3 Gesprächsstrukturierung

Kunz et al (2004) skizzieren eine kompetente Gesprächsführung als „sichere Basiskompetenz in der Gesprächsführung, vor allem durch aktive und strukturierende Gesprächsführung“ (Kunz et al 2004, S.182). Strukturelement der Gesprächsführung der psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen ist die eigene Erfahrung, das heißt, es werden z.B. Inhalte angesprochen die, die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter selbst erlebt hat. Hierzu das folgende Beispielzitat:

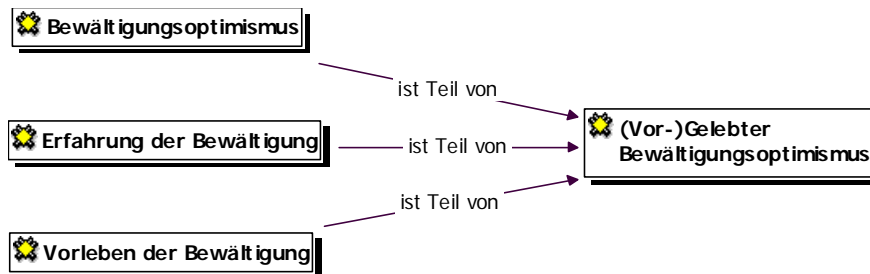
„dass man Fragen stellt, wo dann auch ja das kommt an die Bewohnerin oder, dass man Punkte anspricht, die man einfach erlebt hat und die man dann mit reinbringen kann“ (Frau A., 243-246)

## 4.4.2 Handlungen auf der Grundlage von personalen Qualifikationen aus Erfahrung

### 4.4.2.1 (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus

Eine der von Kunz et al (2004) benannten personalen Schlüsselqualifikationen in der Krisenintervention ist Bewältigungsoptimismus, den sie mit folgender Haltung beschreiben „Für jedes Problem lässt sich eine Lösung finden, also auch im folgenden Fall“ (Kunz et al 2004, S.182).

Im Fall der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension kann dies erweitert werden, zur Veranschaulichung dieser Erweiterung dient die Abbildung 11.



**Abbildung 11: (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus**

Neben der optimistischen Einstellung hinsichtlich der Bewältigung von Krisen haben die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen selbst die Erfahrung gemacht, eine psychische Ausnahmesituation bewältigt zu haben. Diese Bewältigungserfahrung mündet in einem gelebten Bewältigungsoptimismus, welcher sich im Rahmen der Tätigkeit in der Krisenpension nach außen trägt und einen Modellcharakter für die NutzerInnen der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* hat.

Die optimistische Einstellung kann z.B. an anschließenden zwei Textstellen gezeigt werden:

„die Krise macht Sinn, dass daraus erhellt ist, Krankheiten sind nicht zum Scheitern“ (Herr E., 1052-1053)

„einfach auch mal darauf vertrauen, dass derjenige, der zu uns kommt, dass der wirklich seinen Weg wieder gehen wird, dass wir darauf vertrauen“ (Herr R., 272-274)

Der Aspekt des Lebens und Vorlebens der Bewältigung wird beispielsweise in der nächsten Textstelle klar:

„also zu wissen, also erstens mal mich zu sehen also, dass ich da auch wieder raus gekommen bin dann, also das zu sehen, man kann da auch wieder rauskommen und das war auch was, was ich sozusagen ich hatte manchen von denen ein Jahr oder eineinhalb Jahre voraus sozusagen“ (Frau B., 264-268)

#### 4.4.2.2 Betroffenenspezifische(r) Kontaktfähigkeit/ -aufbau

Kunz et al (2004) benennen Kontaktfähigkeit als eine wesentliche personale Qualifikation in der Krisenintervention. Sie definieren sie als „Die Fähigkeit und Freude daran, in Kontakt (mit meist fremden) Menschen zu treten und diesen Kontakt auch zu schwer erreichbaren Menschen aufzubauen. Zur Kontaktfähigkeit gehört auch die Fähigkeit zur Empathie bei gleichzeitiger professioneller Distanz“ (Kunz et al 2004, S.182). Der Kontaktaufbau der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen geschieht auf der Basis einer betroffenenenspezifischen Kontaktfähigkeit, dabei spielt eine Empathie aus Erfahrung auf der einen Seite und die Schwierigkeit des Haltens einer funktionellen Distanz auf der anderen Seite eine Rolle.

Zunächst soll die betroffenenenspezifische Kontaktfähigkeit erläutert werden, welche in Abbildung 12 gezeigt wird. Im Anschluss wird die Konsequenz einer Erleichterung des Kontaktaufbaus zu den NutzerInnen der Krisenpension in Grafik 13 dargestellt und erläutert.

##### 4.4.2.2.1 Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit

Mit der betroffenenenspezifischen Kontaktfähigkeit (siehe Abbildung 12) ist die besondere Fähigkeit der psychiatrienerfahrenen Teammitglieder gemeint, mit den NutzerInnen der Krisenpension in Kontakt zu kommen. Sie ist betroffenenenspezifisch, da die Basis die gemeinsame Erfahrung von psychischen Ausnahmesituationen von MitarbeiterIn und NutzerIn ist.

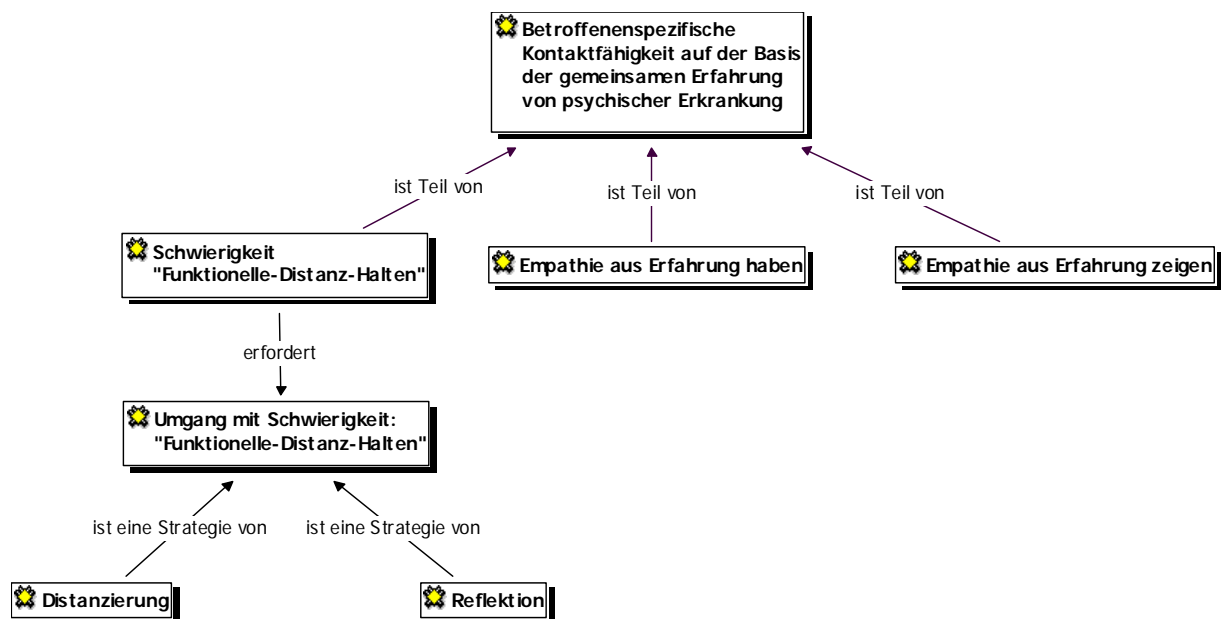


Abbildung 12: Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit

Zur für die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen besonderen Kontaktfähigkeit gehört eine Empathie aus Erfahrung, also aus dem Selbst-Erlebt-Haben einer psychischer Erkrankung. Zum einen kann diese Empathie aus Erfahrung eine hintergründige Rolle als Verständnisbasis für die Notlage der NutzerInnen spielen. In diesem Fall wird von dem Verfügen über Empathie aus Erfahrung gesprochen. Zum anderen kann diese Empathie aus Erfahrung offen eingesetzt werden, d.h. dass die betroffenen MitarbeiterInnen ihre persönliche Erfahrung mit einer psychischen Krankheit und psychiatrischen Behandlung offen legen.

Beispielhaft für eine betroffenenenspezifische Empathie aus Erfahrung ist folgendes Zitat:

„ich glaube was, also was ich sehr gut verstehen konnte ist, sozusagen wie tief verunsichert man in der Psychose ist also, was es eigentlich bedeutet, also für das Selbstwertgefühl und für das Gefühl zu sich selbst auch, also ich glaube, also, also was ich noch so mitgebracht habe aus meiner eigenen Geschichte“ (Frau B., 157-162)

Mit der betroffenenenspezifischen Kontaktfähigkeit ist allerdings auch die Schwierigkeit verbunden, dass es den psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen nicht immer leicht fällt, die von Kunz et al (2004) beschriebene professionelle Distanz zu halten. Ich bezeichne diese Distanz im folgenden als funktionelle Distanz, um die Betroffenenspezifik zu unterstreichen. Weiter spielen hier Gefühle eine Rolle, welche in gewisser Hinsicht Ähnlichkeit mit dem psychoanalytischen Konzept der Gegenübertragung haben. Sigmund Freud definiert die Gegenübertragung als „Einfluss des Kranken auf die unbewussten Gefühle des Arztes“ (Sigmund Freud 1910, zitiert nach Laplanche & Pontalis 1972, S.164). Allerdings sind die Betroffenen sich dieser Problematik des Haltens einer funktionellen Distanz durchaus bewusst, d.h. es handelt sich nicht um unbewusste Gefühle. Die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen setzen hier die Umgangsstrategien einer Distanzierung von der eigenen Erfahrung und der Reflektion der Problematik ein.

Um den Einsatz der Umgangsstrategien beispielhaft zu zeigen die folgenden Zitate:

„Also manchmal, also so, manchmal hatte ich das Gefühl, ich bin zu dicht dran und (UNV. ZWEI WORTE) also oder, das das hab ich in der Regel so gelöst, dass ich dann nicht zu meinen eigenen Erfahrungen gelöst“ (Frau B., 214-217)

„es ist so, wenn ich eben neidische Gefühle hab, dann versuch ich da zu gucken, woher kommt das und dann äh lass ich das eben dann doch nicht zu (I: Mhm) oder ich, ich denke mir

okay, das hat auch, das hat nur was mit mir zutun, dass ich da neidische Gefühle habe aber, es hat mit meinem ersten Aufenthalt zutun, der eben so gewaltvoll war“ (Frau D., 171-177)

#### 4.4.2.2.2 Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau

Die oben beschriebene betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit kann zu einem betroffenenspezifischen Kontaktaufbau führen, wenn die Empathie aus Erfahrung gezeigt wird. Dieser Einsatz der Erfahrung wird in Abbildung 13 veranschaulicht.

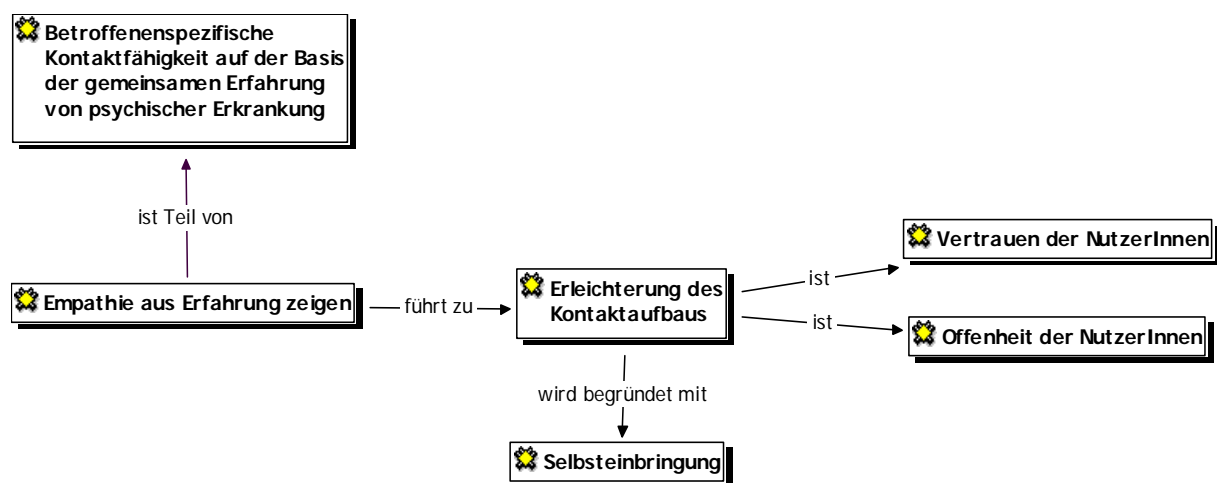


Abbildung 13 Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau

Die gezeigte Empathie aus Erfahrung führt zur Erleichterung des Kontaktaufbaus mit den NutzerInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment*. Begründet wird diese Erleichterung mit der Selbsteinbringung, d.h. mit dem Offenlegen der eigenen Erfahrung. Die Erleichterung des Kontaktaufbaus zeigt sich in der Offenheit und in dem Vertrauen der NutzerInnen. Offenheit und Vertrauen der NutzerInnen als Konsequenzen der Selbsteinbringung kommen z.B. in folgenden Aussagen zum Ausdruck:

„es ist eigentlich so, dass es, dass dies Offenheit mit sich selbst eigentlich irgendwie sag ich mal ansteckend wirkt“ (Herr E., 733-735)

„wenn ich an eine Frau denke im Gespräch „ja und ich bin halt mit Borderline begrenzt berentet“, „wie du kennst das ja auch“ und denn merke ich, dass bei ihr ein Klick entsteht, wo sie sich anders öffnen kann“ (Herr R., 514-517)

„also denke ich so, dass dann also einfacher auch darüber gesprochen werden kann über das Stimmenhören also wenn ich jetzt sage, ich kenne das mit befehlenden Stimmen und dieser Stimmenhörer sagt dann, ja das habe ich auch erlebt oder, dass man so mit so der Ressource eigene Erlebnisse, leichter ins Gespräch kommt“ (Frau A., 313-318)

## 4.5 Konsequenzen

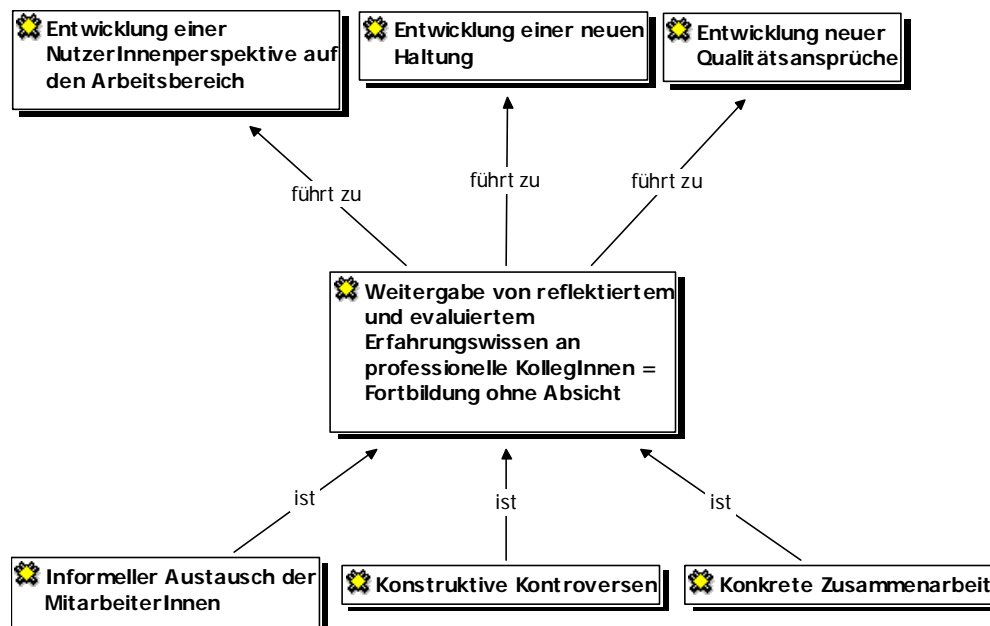
Die Betroffenenbeteiligung mündet in Konsequenzen für die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen selbst und für ihre nicht-psychiatrienerfahrenen KollegInnen.

Zuerst soll auf die Konsequenzen für die professionellen MitarbeiterInnen eingegangen werden. Es folgt die Darstellung der Konsequenzen für die betroffenen MitarbeiterInnen selbst.

### 4.5.1 Fortbildung der Professionellen ohne Absicht

Oft werden die nicht-therapeutischen Psychoseseinare (siehe 2.6.1 Das Psychoseseinar) als *Therapie ohne Absicht* bezeichnet, da hier anscheinend Dinge erreicht werden, die anderenfalls häufig Therapieziele sind. In Anlehnung an diese Bezeichnung versteht sich meine Bezeichnung dieser Konsequenz der Betroffenenbeteiligung als *Fortbildung ohne Absicht*.

In Abbildung 14 wird diese Fortbildung ohne Absicht dargestellt.



**Abbildung 14: Fortbildung ohne Absicht**

Die Weitergabe von reflektiertem und evaluiertem Erfahrungswissen stellt eine Fortbildung der professionellen MitarbeiterInnen dar. Zu beachten ist dabei, dass sich Professionelle und Betroffene in der gemeinsamen Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* als Kolleginnen und Kollegen begegnen und nicht in der üblichen Konstellation von NutzerIn



und HelferIn, d.h. also auch jenseits der üblichen Verantwortlichkeiten und auf einer Augenhöhe.

Im Rahmen der gemeinsamen Arbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* kommt es zum informellen Austausch der MitarbeiterInnen untereinander. So berichten z.B. die Psychiatrieerfahrenen den Nicht-Psychiatrieerfahrenen von ihren Erlebnissen. Weitere Ebenen des Austausches sind die konkrete Zusammenarbeit in der Krisenpension und das konstruktive Austragen von Konflikten im Rahmen der gemeinsamen Arbeit.

Schließlich mündet dieser Austausch in der Entwicklung einer NutzerInnenperspektive auf den Arbeitsbereich der psycho-sozialen bzw. psychiatrischen Versorgung, in der Entwicklung einer neuen Arbeitshaltung und in der Entwicklung neuer Qualitätsansprüche für die professionelle Tätigkeit.

Die Beteiligung der Betroffenen im Team der Krisenpension führt damit zu einer Fortbildung der professionellen Teammitglieder ohne Absicht.

Diese Entwicklungen können an den folgenden Zitaten beispielhaft nachvollzogen werden:

„dass ich hab Austausch und äh Profis auch mit der Perspektive von Betroffenen etwas sehen können“ (Frau A., 344-346)

„I: Und profitieren deine Kollegen von deiner Erfahrung?

R: Ich denke ja dass, wenn ich jetzt an die Auseinandersetzung mit F. denke, dass ja unser Gespräch, was wir geführt haben ja doch dann sicher so mitkriege, doch ein paar Spuren hinterlassen hat, dass sie jetzt offener mit Menschen umgeht, das finde ich von der Seite her gut, das zu erleben, dass auch bei einem anderen Menschen sich was verändert.“ (Herr R., 467-474)

„Ja eine hat mich neulich mal angesprochen, dass meine, meine Geschichte, nicht meine Geschichte sondern mein Umgang da mit einer Frau zum Thema einer Qualitätssicherungssitzung gemacht hat (I: Mhm) sie war ganz froh, weil sie das wohl so gut fand, wie ich mit der in der Küche gesprochen hatte und das hat sie dann gleich als Fall da genommen, um das also weiter zu geben, das war Qualitätssicherung bei Pinel“ (Frau A., 270-278)

#### 4.5.2 (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen

Neben den professionellen MitarbeiterInnen profitieren auch die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen selbst von ihrer Tätigkeit in der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment*.

Verschiedene Aspekte, welche mit der Arbeit in der Krisenpension assoziiert sind und die Veränderung des Umgangs mit der Erfahrung von extremen psychischen Belastungssituationen, welche wiederum Resultat der Tätigkeit ist, führen zu positiven Konsequenzen für die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen. Die positiven Konsequenzen werden als (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen bezeichnet.

Zuerst soll auf die Aspekte der Arbeit in der Krisenpension eingegangen werden, die mit der Tätigkeit in der Krisenpension assoziiert sind und schließlich zu einer Veränderung des Umgangs mit der Erfahrung, bzw. zum (Wieder-)Erstarken führen. Anschließend soll auf die Veränderung des Umgangs mit der eigenen Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung eingegangen werden. Abschließend wird erläutert, was das (Wieder-)Erstarken bedeutet.

Der Gesamtzusammenhang ist in der folgenden Grafik dargestellt.

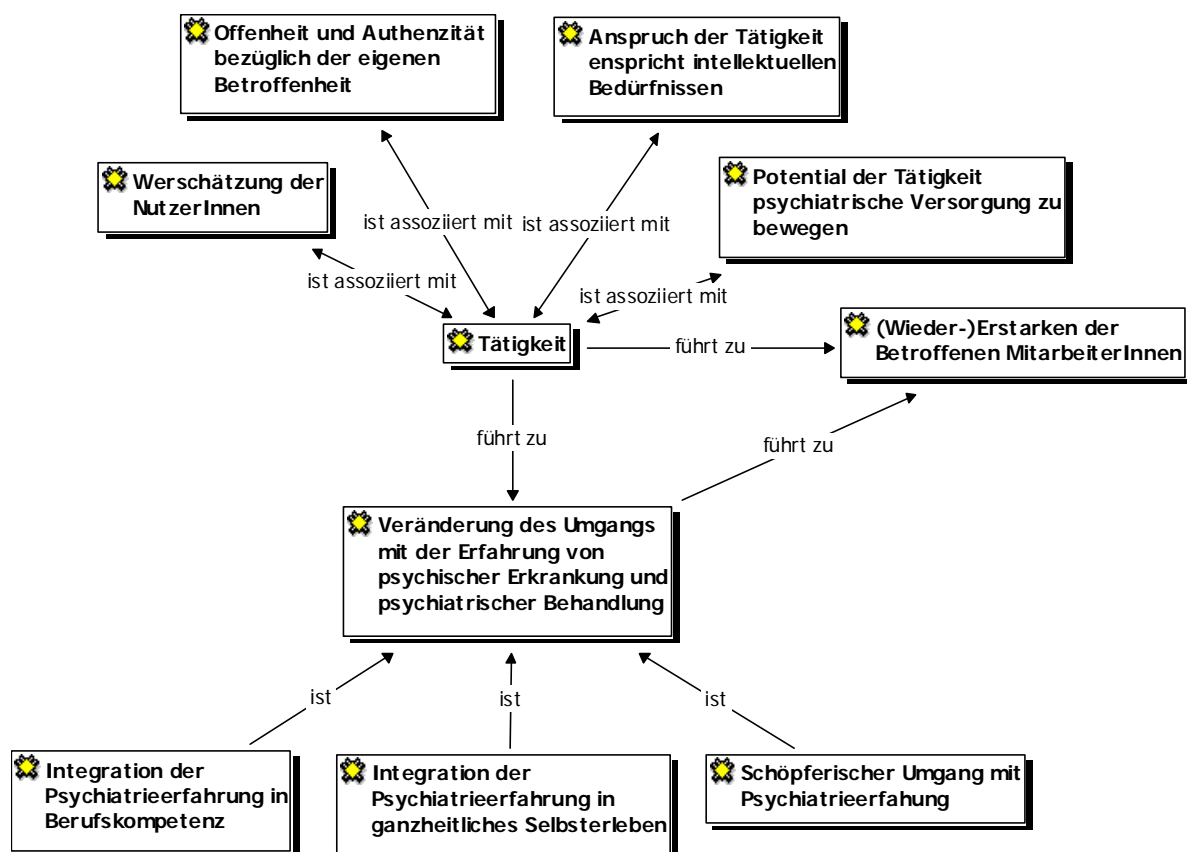


Abbildung 15: (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen

#### 4.5.2.1 Aspekte der Tätigkeit

Mit der Beschäftigung in der Krisenpension sind verschiedene positive Aspekte assoziiert, welche die Tätigkeit zu einem verändernden Faktor des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung machen und zum (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen führen, sowie zur Veränderung des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung.

Diese Tätigkeitsaspekte sind:

##### 1. Wertschätzung der NutzerInnen

Im Rahmen der Beschäftigung erleben die Psychiatrieerfahrenen die Wertschätzung der NutzerInnen, wie folgendes Zitat beispielsweise zeigt:

„als Helfer bekomme ich ja auch etwas, nämlich eine, einmal das Vertrauen des anderen und das, den Respekt, die Anerkennung“ (Herr R., 429-431)

##### 2. Möglichkeit zur Offenheit und Authentizität bezüglich der Psychiatrieerfahrung

Der Arbeitskontext Krisenpension und Hometreatment ermöglicht und fördert einen offenen und authentischen Umgang mit der Psychiatrieerfahrung.

„Das hat ich, also da fand ich die Krisenpension für mich sozusagen als die Art der Arbeit insofern sehr sehr heilsam also auch, weil ich sehr offen mit meiner Psychoseerfahrung umgehen konnte“ (Frau B., 226-229)

„I: Jetzt geht's noch mal ein bisschen um dich, hat sich durch deine Tätigkeit in der Krisenpension deine Selbstwahrnehmung und dein Selbstbild verändert?

R: Was heißt verändert, eher gestärkt, das gilt für mich in einer Sache unterwegs bin, ja wo auch die gerade meine Authentizität gefragt ist und ja, das, dass ich damit auch nen wertvollen Beitrag leiste“ (Herr R., 679-689)

### 3. Anspruch der Tätigkeit entspricht den intellektuellen Bedürfnissen

Die Tätigkeit in der Krisenpension ist anspruchsvoll und entspricht dem Bedürfnis intellektuell gefordert zu werden, dies wird z.B. in folgendem Zitat deutlich:

„I: Sozusagen jetzt wechseln wir mal das Thema, jetzt geht es ja um dich selbst. Hat deine Tätigkeit in der Krisenpension deine Selbstwahrnehmung oder dein Selbstbild verändert?“

A: Ja und zwar, weil ich einfach glaube, dass das ne anspruchsvolle Tätigkeit ist.“ (Frau A., 385-390)

### 4. Potential der Tätigkeit, psychiatrische Versorgung zu bewegen

Die Tätigkeit in der Krisenpension birgt das Potential, die psychiatrische Versorgungslandschaft zu verändern, dies ist besonders bedeutungsvoll, wenn die erlebte psychiatrische Behandlung als negativ erlebt wurde. Dies wird an folgender Textstelle beispielhaft klar:

„Und auch, dass man da was machen kann, zum Beispiel, dass man so das Gefühl hat, ich kann was bewirken, also wo ich selber irgendwie was erlebt habe, was nicht schön war, dass ich jetzt so den Eindruck habe, da kann man was machen, also was bewegen, ich will jetzt nicht gleich sagen verändern weil, das sind immer so große Worte aber, man kann was bewegen.“ (Frau A., 390-396)

#### 4.5.2.2 Veränderung des Umgangs mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung

Die oben beschriebenen Aspekte der Tätigkeit in der Krisenpension führen unter anderem zu einer Veränderung des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung.

Die Arbeit trägt zum einen dazu bei, dass die Erfahrung in ein ganzheitliches Selbsterleben integriert wird. Zum anderen wird sie auch in die berufliche Identität integriert, sie wandelt sich vom Manko zur Kompetenz. Weiter stellt die Arbeit eine Möglichkeit dar, schöpferisch mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung umzugehen. Der letzte Aspekt wird bereits in der letzten Textstelle deutlich. Zur weiteren beispielhaften Verdeutlichung die folgenden Zitate:

„das ist für mich sehr, für mich sehr heilsam, dass ich diesen Dr. Jekyll und Mr. Hyde (UNV. DREI WORTE), dass ich die nicht spalten muss, also für mich ist es erst mal sehr gesund“ (Herr E., 471-474)

„ich auch ein Gefühl gekriegt, das hat, also das hat einfach auch ne starke funktionelle Kompetenz, wenn die Erfahrung integriert ist und irgendwie da“ (Frau B., 330-332)

#### 4.5.2.3 (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen

Der veränderte Umgang mit der Psychiatrieerfahrung und die oben beschriebenen Aspekte der Tätigkeit führen zum (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen. Ich habe die Bezeichnung (Wieder-)Erstarken gewählt um zu zeigen, dass es zum einen zu einer allgemeinen Stärkung kommt und zum anderen aber auch ein Genesungsaspekt eine Rolle spielt. Das (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen beinhaltet einen Zuwachs an Selbstachtung und Selbstbewusstsein, das Erleben einer allgemeinen Sinnhaftigkeit und einen Genesungsaspekt, der von den psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen selbst als Heilung bezeichnet wird.

Zur Verdeutlichung die folgenden beispielhaften Zitate:

„durch diese Arbeit an diesem Projekt hab ich sehr viel mehr Selbstgefühl“ (Herr E., 797-798)

„meine Tätigkeit dort trägt absolut dazu bei, dass ich das Gefühl habe am richtigen Ort zur richtigen Zeit zu sein, was ich früher eher nicht“ (Herr E., 803-805)

„da hatte ich so das Gefühl, diese Offenheit, die ich sonst an keinem anderen Arbeitsplatz, ich hab ja auch jetzt den Vergleich mit dem neuen Arbeitsplatz ähm, da würde ich nicht so offen damit umgehen und, dass ich das in der Krisenpension konnte, das das hab ich für mich als sehr sehr heilsam erlebt“ (Frau B., 230-235)

## 4.6 Gesamtzusammenhang der Ergebnisse

Der Gesamtzusammenhang meiner Forschungsergebnisse ist in Abbildung 16 dargestellt.

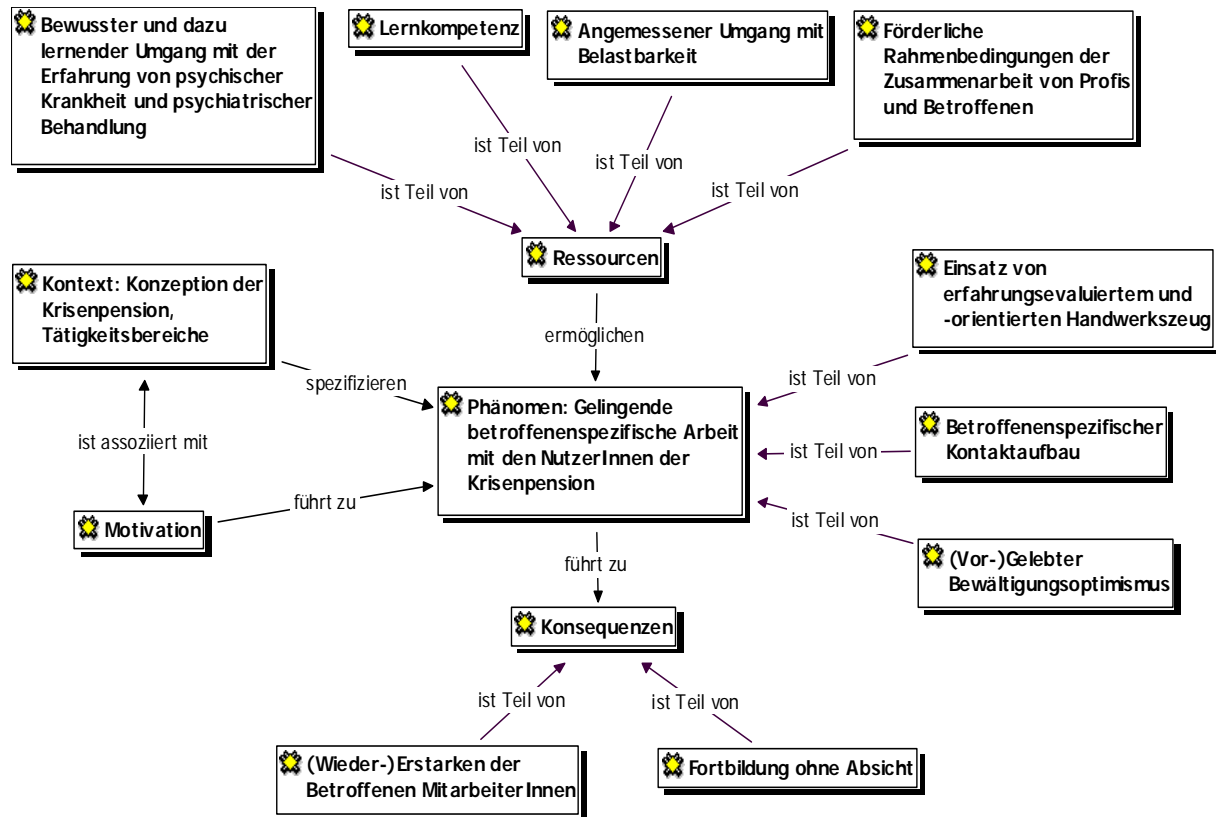


Abbildung 16: Gesamtzusammenhang der Ergebnisse (Paradigma, frei nach Strauss & Corbin 1996)

Die Darstellung der Zusammenhänge bezieht sich in freier Art und Weise auf Strauss und Corbin (1996). Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass das Phänomen selbst eine Handlung, nämlich das gelingende betroffenen-spezifische Arbeiten mit den NutzerInnen der Krisenpension, darstellt. Damit ergeben sich neue Beziehungskonstellationen der entwickelten Kategorien. Weiter sind alle von mir entwickelten intervenierenden Bedingungen förderlich oder notwendig für das Phänomen „Gelingende betroffenen-spezifische Arbeit mit den NutzerInnen der Krisenpension“ und werden daher als Ressourcen bezeichnet.

Der Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientiertem Handwerkszeug (Kategorie/ Familie), der (vor-)gelebte Bewältigungsoptimismus (Kategorie/ Familie) und der betroffenen-spezifische Kontaktaufbau (Kategorie/ Familie) beschreiben die gelingende betroffenen-spezifische Arbeit mit den NutzerInnen der Krisenpension. Diese stellt das zentrale Phänomen der Forschungsergebnisse dar.

Die gelingende, betroffenen spezifische Arbeit wird durch die Konzeption der Krisenpension, in der die Beteiligung Psychiatrieerfahrener verankert ist und durch die Tätigkeitsbereiche (Kategorie/ Familie) spezifiziert.

Dieser Kontext ist zum Teil mit der Motivation (Kategorie/ Familie) der betroffenen MitarbeiterInnen assoziiert, denn die Konzeption der Krisenpension stellt einen wesentlichen motivierenden Aspekt für die psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen dar. Hinzu kommt in Bezug auf die Motivation, dass die Krisenpension die Möglichkeit der Berufstätigkeit birgt.

Ermöglicht wird die Tätigkeit durch eine Reihe von Ressourcen. Erstens müssen die Psychiatrieerfahrenen einen bewussten und dazu lernenden Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung (Kategorie/ Familie) und eine Lernkompetenz (Kategorie/ Familie) mitbringen. Zweitens muss seitens der Einrichtung und seitens der betroffenen MitarbeiterInnen eine angemessene Umgangsform mit der individuell verschiedenen und zum Teil eingeschränkten Belastbarkeit der psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen gefunden werden (Kategorie/ Familie). Drittens ist es von Nöten, förderliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen (Kategorie/ Familie) zu schaffen.

Die Arbeit der Psychiatrieerfahrenen führt zu Konsequenzen für die betroffenen und nicht-betroffenen MitarbeiterInnen der Krisenpension<sup>9</sup>. Es kommt zum (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen (Kategorie/ Familie). Die professionellen MitarbeiterInnen werden ohne Absicht fortgebildet (Kategorie/ Familie).

---

<sup>9</sup> Die Konsequenzen für die NutzerInnen der Einrichtung Krisenpension und Hometreatment wurden nicht im Rahmen dieser Arbeit weiter bearbeitet.

## 5. Diskussion

### 5.1. Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zur Betroffenenbeteiligung

Meine Ergebnisse sind mit den Studienergebnissen bezüglich des Potentials einer Beteiligung von Betroffenen zum Teil konsistent.

#### 5.1.1 Empathie und betroffenenspezifischer Kontaktaufbau

Besio & Mahler (1993), Lyons et al (1996) und Francell (1996) kommen zum Forschungsergebnis, dass psychiatrienerfahrene MitarbeiterInnen über eine besondere Empathiefähigkeit verfügen. Weiter stellen Besio & Mahler (1993), Fox & Hilton (1994), Mowbray et al (1996) und Solomon & Draine (1996) fest, dass die Stärke der betroffenen MitarbeiterInnen in ihren Studien im persönlichen Kontakt mit den NutzerInnen der Hilfeleistung liegt.

Generell stellt Kontaktfähigkeit eine Metaqualifikation für alle MitarbeiterInnen in der Krisenintervention dar (Kunz et al 2004). Im Falle der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen erfährt diese eine Erweiterung bzw. Spezifizierung, da die Kontaktfähigkeit im Zusammenhang mit der gemeinsamen Psychiatrieerfahrung von NutzerIn und HelferIn steht.

So zeige ich im Rahmen meiner Diplomarbeitsergebnisse, dass die betroffenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* über eine betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit verfügen, die zu einem betroffenenspezifischen Kontaktaufbau führt. Der Kontaktaufbau erfolgt auf der Basis einer gezeigten Empathie aus Erfahrung und führt zum Vertrauen und zur Offenheit der NutzerInnen. Begründet werden Vertrauen und Offenheit mit der Selbsteinbringung der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen.

Lyons et al (1996) begründen die Erleichterung des Kontaktaufbaus ebenfalls mit der Selbsteinbringung der betroffenen Teammitglieder.

Dixon et al (1997) stellen außerdem fest, dass es den psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen in ihrer Studie unter anderem leichter fällt, schambesetzte Themenbereiche wie die Körperpflege der NutzerInnen anzusprechen, da sie diese Problematiken aus eigener Erfahrung kennen. Es ist meines Erachtens zu vermuten, dass diese Erleichterung mit der Empathie aus Erfahrung zusammenhängt, auch wenn die ForscherInnen dies nicht explizit so benennen.



### 5.1.2 Verbreitung von Hoffnung und (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus

Mowbray et al (1996), Yanos et al (2001) und Doherty et al (2004) stellen in ihren Forschungsarbeiten fest, dass die Beteiligung Psychiatrieerfahrener als MitarbeiterInnen zu einer Verbreitung von Hoffnung unter den NutzerInnen der verschiedenen Einrichtungen führt.

Krisenintervention sollte immer mit der Haltung „Für jedes Problem lässt sich eine Lösung finden, also auch im folgenden Fall“ (Kunz et al 2004, S.182) geschehen. Diese Grundhaltung wird von Kunz et al (2004) als Bewältigungsoptimismus bezeichnet.

Die Auswertung meiner Daten zeigt, dass die MitarbeiterInnen über einen Bewältigungsoptimismus verfügen, den sie leben und im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Krisenpension den NutzerInnen vorleben. Dies wird von mir als (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus bezeichnet. Das Vorleben einer Bewältigung psychischer Krisen wird zum Vorbild für die NutzerInnen.

In meinen Augen kommt es daher zu einer Verbreitung von Hoffnung unter den NutzerInnen durch den (Vor-)Gelebten Bewältigungsoptimismus der betroffenen MitarbeiterInnen. Diese Vermutung, welche allerdings der weiteren Prüfung bedarf, legt z.B. auch das folgende Zitat nahe:

„also zu wissen, also erstens mal mich zu sehen also, dass ich da auch wieder raus gekommen bin dann, also das zu sehen, man kann da auch wieder rauskommen und das war auch was, was ich sozusagen ich hatte manchen von denen ein Jahr oder eineinhalb Jahre voraus sozusagen“ (Frau B., 264-268)

### 5.1.3 Fortbildung der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen

Eine der von mir aufgezeigten Konsequenzen der Betroffenenbeteiligung in der Krisenpension ist, dass die nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension ohne Absicht durch die Zusammenarbeit mit ihren betroffenen KollegInnen fortgebildet werden. Der informelle Austausch der MitarbeiterInnen, konstruktive Kontroversen und die konkrete Zusammenarbeit stellen eine Weitergabe des Erfahrungswissens der Betroffenen dar. Die Professionellen im Team entwickeln so eine Nutzerperspektive auf ihren Arbeitsbereich, eine neue Haltung und neue Qualitätsansprüche an die eigene Arbeit.

Besonders interessant erscheint mir hier, dass diese Form der Fortbildung ohne Absicht geschieht.

Auch Dixon et al (1997) und Francell (1996) zeigen, dass es zur Fortbildung der anderen MitarbeiterInnen kommt.

#### 5.1.4 Compliance und der Einsatz von erfahrungsevaluiertem und -orientiertem Handwerkszeug

Der Begriff Compliance bezeichnet die Bereitschaft zur Zustimmung zu der verordneten Behandlung. Er wird als Terminus und in der Anwendung im Rahmen der Betroffenenbewegung und der Wissenschaft kritisch diskutiert (Amering & Schmolke 2007, Seibert 2007). Amering und Schmolke (2007) kritisieren beispielsweise, dass eine Bereitschaft zur Zustimmung zu einseitig ist und schlagen vor, Compliance durch Übereinstimmung zu ersetzen. Denn „Übereinstimmung entsteht im Rahmen einer therapeutischen Beziehung in einem Entscheidungsprozess, an dem sowohl Patientinnen als auch Klinikerinnen beteiligt sind“ (Amering & Schmolke 2007, S.42).

Die Krisenpension arbeitet mit Vereinbarungen, die in Übereinkunft von NutzerIn und HelferIn geschlossen werden, daher passt der von Amering und Schmolke (2007) vorgeschlagene Begriff der Übereinstimmung. Im Kontext der Krisenpensionsarbeit ist es damit falsch, von einer Erhöhung der Compliance zu sprechen.

Trotzdem möchte ich an dieser Stelle Bezug auf den Begriff Compliance nehmen, um eine Schnittstelle zwischen meinen Ergebnissen und der Literatur zu zeigen. So stellen Doherty et al (2004) fest, dass die NutzerInnen des von ihnen untersuchten Assertive Outreach Teams Anweisungen und Ratschläge bezüglich z.B. der Medikation eher von ebenfalls Betroffenen akzeptieren und dass die betroffenen MitarbeiterInnen so zu einer Erhöhung der Compliance beitragen.

Teil meiner Diplomarbeitsergebnisse ist, dass die psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension erfahrungsevaluiertes und -orientiertes Handwerkszeug einsetzen. Neben der Gesprächsführung, die durch die Erfahrung strukturiert wird und der Anregung von Selbsthilfe, kommt es zu einer Beratung bei Schwierigkeiten und Entscheidungen, die sich aus der evaluierten, persönlichen Erfahrung speist und durch diese legitimiert wird. Dies geschieht z.B. im Zusammenhang mit der Beratung bezüglich Medikamenteneinnahme, wie das folgende Zitat zeigt:

„also ich denke schon so, dass ich auch diese Geschichte erzähle also, wenn jemand zum Beispiel keine Medikamente nehmen will und äh das irgendwie schon so auf der Schwelle kritisch, dass ich dann schon davon erzähle, also wie ich dazu gekommen bin, dass ich glaube, dass es vielleicht doch ganz gut ist, wenn's auch nur für ne kurze Zeit ist um so die akute Krise zu überbrücken, da Medikamente zu nehmen ne“ (Frau A., 204-211)

Fraglich bleibt zwar, ob es tatsächlich zu einer Erhöhung der Übereinstimmung kommt, jedoch wird deutlich, dass die eigene Erfahrung in der Beratung eingesetzt wird, um in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess zu überzeugen.

#### 5.1.5 Positive Veränderungen der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen bezüglich der Einstellung gegenüber psychisch Kranken und förderliche Rahmenbedingungen

Andere Studien (Sherman & Porter 1991, Besio & Mahler 1993, Dixon et al 1996, Lloyd & King 2003) zeigen, dass es durch die Beteiligung Betroffener zu einer positiven Veränderung der Einstellung der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen gegenüber psychisch Kranken kommt. In meiner Arbeit wird deutlich, dass die durch Offenheit und Respekt gekennzeichnete positive Einstellung der professionellen Teammitglieder gegenüber der Betroffenenbeteiligung bereits zu den Ressourcen gehört, die eine gelingende Betroffenenbeteiligung ermöglichen. In der Studie von Doherty et al (2004) zeigen sich hier Schwierigkeiten: die psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen berichten, dass sie von den anderen Teammitgliedern nicht als vollwertige MitarbeiterInnen akzeptiert werden. Offenbar sind die Bedingungen der Zusammenarbeit von Betroffenen und Nicht-Betroffenen nicht förderlich. Ähnliches wird in der Studie von Mowbray et al (1996) festgestellt, hier haben die betroffenen MitarbeiterInnen keine Akteneinsicht und es ist unklar, inwieweit sie autonom arbeiten können. Meines Erachtens könnte in der konzeptionellen und von der fachlichen Leitung befürworteten gleichberechtigten Tätigkeit aller Teammitglieder eine weitere Ressource der Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen liegen. Dies bedarf allerdings der weiteren Überprüfung.

### 5.1.6 Zuwachs an Selbstbewusstsein für beteiligte Psychiatrieerfahrene und (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen

Eine Vielzahl von Studien (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Yanos et al 2001, Yuen & Fossey 2003, Doherty et al 2004) zeigt, dass es durch die Tätigkeit als MitarbeiterIn in der psycho-sozialen bzw. psychiatrischen Versorgung zu einem Zuwachs an Selbstbewusstsein für die beteiligten Psychiatrieerfahrenen kommt.

Meine Ergebnisse machen deutlich, dass die beteiligten Betroffenen von ihrer Tätigkeit in der Krisenpension profitieren. Ich habe an dieser Stelle den Begriff des (Wieder-)Erstarkens eingeführt, der auf der einen Seite die allgemeine Stärkung und auf der anderen Seite den Genesungsaspekt umfasst. Zum (Wieder-)Erstarken gehören ein Zuwachs an Selbstachtung und Selbstbewusstsein, das Erleben einer allgemeinen Sinnhaftigkeit und der bereits erwähnte Genesungsaspekt. Damit sind meine Ergebnisse mit der Literatur an dieser Stelle konsistent.

## 5.2 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zur Krisenintervention

### 5.2.1 Vergleich von Kunz et al (2004) mit den Teilergebnissen meiner Diplomarbeit

Im Kapitel 4, „Ergebnisse der empirischen Untersuchung“, habe ich mehrfach die Arbeit, bzw. die Kompetenzen der betroffenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* mit den von Kunz et al (2004) erarbeiteten Qualifikationen in der Krisenintervention verglichen. In folgender Tabelle sind die von Kunz et al (2004) benannten Metaqualifikationen links und meine Ergebnisse rechts übersichtsartig zusammengefasst.

<b>Allgemeine Qualifikationen einer gelingenden Arbeit (Kunz et al 2004, S.181-183)</b>	<b>Betroffenenspezifische Qualifikationen (notwendige Ressourcen einer gelingenden Arbeit)</b>
<b>Bewusster und dazu lernender Umgang mit Erfahrung Berufs- und Lebenserfahrung</b>  → Erfahren, durchlebt, reflektiert	<b>Bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung</b>  → Be- und Verarbeitung → Evaluation der Erfahrung → Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt mit NutzerInnen
<b>Handwerkszeug</b>  → Gesprächsführung (aktiv, strukturiert) → Beraterische, bzw. therapeutische Kompetenz	<b>Erfahrungsevaluiertes und -orientiertes Handwerkszeug</b>  → Gesprächsstrukturierung (strukturiert durch Erfahrung) → Beratung bei Schwierigkeiten und Entscheidungen (orientiert an evaluierter Erfahrung) → Anregung von Selbsthilfe
<b>Belastbarkeit</b>  → Emotional, körperlich, zeitlich	<b>Zum Teil eingeschränkte Belastbarkeit → erfordert angemessenen Umgang</b>  → Rahmenbedingungen seitens Institution → Gemeinsame Rahmenbedingung: Kontinuierliches Thematisieren von Arbeitszeit und Arbeitsumfang → Individuelle Rahmenbedingung: Reflektion der eigenen Belastbarkeit
<b>Kontaktfähigkeit</b>  → Empathie → Professionelle Distanz	<b>Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit</b>  → Empathie aus Erfahrung (gezeigte Empathie aus Erfahrung führt zu Vertrauen und Offenheit der NutzerInnen durch Selbsteinbringung = Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau) → Schwierigkeit: Funktionelle Distanz halten (Umgangsstrategien: Distanzierung, Reflektion)
<b>Bewältigungsoptimismus</b>  → Grundhaltung: „Für jedes Problem lässt sich eine Lösung finden, also auch im folgenden Fall“	<b>(Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus</b>  → Gleiche Grundhaltung → Eigene Bewältigungserfahrung → Vorleben der Bewältigung
<b>Lernkompetenz</b>  → Fähigkeit/ Wunsch Neues aufzunehmen, zu integrieren	<b>Lernkompetenz</b>  → Fähigkeit/ Wunsch Neues aufnehmen, integrieren → Darf nicht durch Erkrankung eingeschränkt sein

Abbildung 17: Vergleich Kunz et al (2004) mit eigenen Forschungsergebnissen

Aus meiner Sicht zeigt dieser tabellarische Vergleich auf der einen Seite, dass Ähnlichkeiten bestehen und macht auf der anderen Seite deutlich, dass die Arbeit und die Metaqualifikation der Betroffenen bestimmte Spezifika aufweist.

Kunz et al (2004) benennen neben den bereits erwähnten Qualifikationen weitere Aspekte einer qualifizierten Krisenintervention, die keine Entsprechung in meinen Ergebnissen finden, z.B. Wissen (Fachwissen, Handlungswissen, Organisationswissen) oder zusätzliche personale Qualifikationen wie Gelassenheit, Flexibilität und Kooperationsfähigkeit.

### 5.2.2 Erweiterte Multiprofessionalität

Kriseninterventionseinrichtungen können unterschiedlich gestaltet sein, allerdings haben sie laut Kunz et al (2004) bestimmte Strukturmerkmale gemeinsam. Kunz et al (2004) benennen hier Niedrigschwelligkeit, zeitliche Begrenztheit der Intervention und Weitervermittlung, Vernetzung und Multiprofessionalität. Auch die Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* trägt diese Charakteristika.

So ist die Aufnahme in der Regel zeitnah und unabhängig von einer Finanzierung des Aufenthalts möglich, die Intervention dauert maximal etwa sechs Wochen, wobei ein Teil der NutzerInnen an andere Einrichtungen wie z.B. Träger für Einzelfallhilfe, betreutes Wohnen oder auch an Selbsthilfegruppen weitervermittelt werden. Die Krisenpension verfügt durch die Kooperation auf Trägerebene und durch die zweijährige praktische Arbeit über vielfältige Verbindungen zu verschiedenen Einrichtungen, mit denen vernetzt gearbeitet wird.

Besonders interessant ist, dass das Team nicht nur multiprofessionell, sondern auch trialogisch besetzt ist. Die Multiprofessionalität von Kriseninterventionseinrichtungen wird in der Literatur (Kunz et al 2004) mit der Vielfalt der Problematiken der NutzerInnen begründet. Die trialogische Besetzung des Krisenpensionsteams kann als Erweiterung dieses Merkmals angesehen werden. Ich denke, dass durch die Mitarbeit von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen<sup>10</sup> das Spektrum der möglichen Interventionen und Arbeitsweisen vergrößert wird. Meine Ergebnisse zeigen, wie ein gelungenes betroffenenspezifisches Arbeiten mit den NutzerInnen der Krisenpension aussehen kann.

Desweiteren gewinnt die Arbeit eine besondere Qualität, so zeigt auch der Vergleich internationaler Studien zur Betroffenenbeteiligung, dass die Beteiligung Psychiatrieerfahrener ein großes Potential birgt. Hinzu kommt, dass psychiatrieerfahrene MitarbeiterInnen in

---

<sup>10</sup> Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird jedoch nicht auf die Arbeit der Angehörigen eingegangen.

einigen der international untersuchten Projekten gezielt zur Überbrückung des Grabens zwischen Professionellen und NutzerInnen eingesetzt werden (Dixon et al 1997).



## 5.3 Implikationen für die Praxis – Ressourcen

### 5.3.1 Ausbildung als gemeinsame Evaluation und Reflektion

Meine Ergebnisse zeigen, dass eine der Ressourcen, die eine gelingende betroffenen-spezifische Arbeit mit den NutzerInnen der Krisenpension ermöglichen, ein bewusster und dazu lernender Umgang mit der Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung ist. Neben einer Be- und Verarbeitung der Erfahrung sind die Evaluation der Erfahrung und die Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt mit den NutzerInnen wichtig. Die Evaluation der Erfahrung bezieht sich auf mögliche, hilfreiche und nicht hilfreiche Strategien in Krisensituationen. Die Reflektion der Erfahrung umfasst die Frage, wie die Erfahrung als Mittel im Kontakt mit den NutzerInnen eingesetzt werden kann. Mir scheint es an dieser Stelle wichtig, dass die Institution *Krisenpension und Hometreatment* einen festen Rahmen für eine gezielte Evaluation und Reflektion der Psychiatrieerfahrung für ihre betroffenen MitarbeiterInnen zur Verfügung stellt. Dieser Rahmen könnte beispielsweise die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme *Experienced-Involvement* sein, die für das Jahr 2008 angedacht ist. Die Fortbildung bietet die Möglichkeit, Theorien, Konzepte und Methoden auf dem eigenen und kollektiven Erfahrungshintergrund der Gruppe zu reflektieren. Dabei geht es explizit darum, wie die eigenen Erfahrungen fruchtbringend für die NutzerInnen des Hilfsangebots eingesetzt werden können (Utschakowski 2008<sup>11</sup>). Die KursleiterInnen von *Experienced-Involvement* werden hier allerdings mit einer Gruppe von Psychiatrieerfahrenen arbeiten, die bereits vielfältige Erfahrungen als MitarbeiterInnen der Krisenpension gemacht haben und damit bereits über Berufserfahrung verfügen. Meines Erachtens ist es daher notwendig, dass diese beruflichen Erfahrungen einen Platz innerhalb der Ausbildung finden und die Ausbildung einen berufsbegleitenden Charakter erhält. Auch Klemmert (2001) hält diesen berufsbegleitenden Aspekt in der durch ihn konzipierten Ausbildung für essentiell, da dies ermöglicht, in der Ausbildung erworbene Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren.

---

<sup>11</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

### 5.3.2 Förderliche Rahmenbedingung seitens der Institution und der professionellen KollegInnen

Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen in psycho-sozialen oder psychiatrischen Arbeitsfeldern wird allgemein als positiv bewertet (Dixon et al 1994). Weiter stellt sie eine Forderung dar, die bereits in den Grundlagen der Gemeindepsychiatrie erwähnt wird (Mosher & Burti 1992).

In jüngster Zeit wird auch in Deutschland verstärkt über die Beteiligung Psychiatrieerfahrener als MitarbeiterInnen in der psycho-sozialen und psychiatrischen Versorgung diskutiert (Amering & Schmolke 2007, Utschakowski 2007). Hierbei ist zu beachten, dass seitens der als Arbeitgeber infrage kommenden Institutionen und seitens der infrage kommenden professionellen KollegInnen bestimmte Bedingungen gegeben sein müssen, damit die Zusammenarbeit gelingt.

In meiner Arbeit zeige ich, dass ein Teil der notwendigen Ressourcen, wie ein angemessener Umgang mit der Belastbarkeit der betroffenen MitarbeiterInnen, von Rahmenbedingungen seitens der Institution *Krisenpension und Hometreatment* abhängt. Die Institution bietet ihren psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen eine Palette von Möglichkeiten, mit der individuell unterschiedlichen Belastbarkeit umzugehen. So ist es möglich, flexibel zu- und abzusagen, verkürzte Dienstzeiten in Anspruch zu nehmen, längere Erholungsphasen zu nutzen und zu entscheiden, ob Nachtdienste übernommen werden. Weiter ist es bedeutsam, dass Arbeitszeit und Arbeitsumfang kontinuierlich von Institution und betroffenen MitarbeiterInnen thematisiert werden.

Institutionen, die sich in Zukunft entschließen werden Psychiatrieerfahrene zu beschäftigen, sind also in der Pflicht, diese Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Auch in der Literatur wird thematisiert, dass es notwendig ist, auf die Belastbarkeit der psychiatriee erfahrenen Teammitglieder zu achten (Doherty et al 2004). In der Studie von Doherty et al (2004) wird diese Form der Fürsorge als gewinnbringend für die Arbeit erachtet, da das Team so sensibilisiert wird, auf sich selbst als Team und auf die KlientInnen zu achten, um Überforderungen zu vermeiden. Ich denke aufgrund meiner eigenen Arbeitserfahrung, dass auch die nicht-psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen von den genannten Rahmenbedingungen profitieren.

Neben den Rahmenbedingungen der Institution zeigen meine Forschungsergebnisse, dass es bedeutsam ist, förderliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen zu schaffen. Die positive Haltung der Professionellen gegenüber der

Betroffenenbeteiligung wurde bereits in diesem Kapitel unter „5.1.5 Positive Veränderungen der nicht-psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen bezüglich der Einstellung gegenüber psychisch Kranken und förderliche Rahmenbedingungen“ beschrieben und mit den Ergebnissen der Forschung zur Beteiligung Psychiatrieerfahrener verglichen. Eine weitere förderliche Rahmenbedingung der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen stellt die ausgewogene Teamzusammensetzung dar. Auch Utschakowski (2008<sup>12</sup>) erachtet es als sinnvoll, dass Teams, in denen Betroffene mitarbeiten, ausgewogen zusammengesetzt sind. Utschakowski (2008<sup>13</sup>) sieht hier die Gefahr, dass solange nur wenige Betroffene in den Institutionen mitarbeiten, ihre Meinungen marginalisiert und entwertet werden.

Meine Forschungsergebnisse und die diskutierte Literatur geben somit Institutionen, die in Erwägung ziehen Psychiatrieerfahrene einzustellen, Hinweise auf die Ressourcen, die dieser Gruppe von MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt werden sollten, damit die Arbeit gelingt.

---

<sup>12</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

<sup>13</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

#### 5.4 Betroffenenbeteiligung: Stigma oder Antistigma?

Im Rahmen meiner Diplomarbeit habe ich mich mit der Beteiligung Betroffener in der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* auseinandergesetzt. Ich habe das spezifische Arbeiten der Betroffenen mit den NutzerInnen der Krisenpension untersucht, Ressourcen für eine gelingende Arbeit, Konsequenzen der Arbeit usw. ausgearbeitet. Dabei ging es immer um einen Teil des Teams, der sich durch die persönliche Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung auszeichnet.

Ist es nun stigmatisierend, diese Gruppeneinteilung aufgrund der Psychiatrieerfahrung vorzunehmen, oder zeige ich durch diese Diplomarbeit, was Psychiatrieerfahrene leisten können, was in meinen Augen antistigmatisierend wäre?

Ich denke, dass diese Gruppeneinteilung nicht stigmatisierend ist, da es nicht zu einer Zuschreibung von negativen Stereotypen kommt. Mein Forschungsinteresse galt einer Besonderheit und einer spezifischen Kompetenz, die ich in der Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* erfahren habe.

Der Kontext des betroffenen-spezifischen Arbeitens mit den NutzerInnen der Krisenpension stellen das Konzept der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* und die Tätigkeitsbereiche der betroffenen MitarbeiterInnen dar. Die Betrachtung dieses Kontextes verdeutlicht, dass die Beschäftigung als Psychiatrieerfahrene(r) in der Krisenpension nicht stigmatisierend ist. So stehen den betroffenen MitarbeiterInnen alle Tätigkeitsbereiche, mit Ausnahme der ärztlichen Leitung, offen. Weiter wird im Konzept der Krisenpension (Projektbeschreibung der Krisenpension, Stand November 2005) die Mitarbeit der Betroffenen als Bereicherung beschrieben.

Ich denke, dass unter anderem durch diese Diplomarbeit gezeigt wird, was Psychiatrieerfahrene leisten können und dass diese Arbeit der sozialen Stigmatisierung entgegenwirken kann. Denn gerade in Bezug auf die soziale Rolle des Arbeitnehmers finden sich in der Bevölkerung stigmatisierende Einstellungen. Dies zeigt z.B. die Studie von Gaebel et al (2002). In dieser Studie gaben 81,1% der Befragten (N=7246) an, dass sie in einer Bewerbungssituation Nicht-Psychiatrieerfahrene gegenüber Psychiatrieerfahrenen bevorzugen würden.

Warum ist es nötig, Ressourcen zu benennen, die eine Betroffenenbeteiligung ermöglichen? Zum einen ist zu sagen, dass diese Ressourcen in den Interviews von den betroffenen MitarbeiterInnen der Krisenpension selbst angesprochen werden. Zum anderen denke ich, dass jede Gruppe von ArbeitnehmerInnen gewisse Ressourcen benötigt, um erfolgreiche

Arbeit zu leisten. Beispielsweise bin ich der Meinung, dass berufstätige Mütter die Ressource Kinderbetreuung benötigen.

Fraglich bleibt auch, ob die Mitarbeit im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* als Psychiatrieerfahrene(r) oder die Teilnahme an der Ausbildung *Experienced-Involvement* dazu führen, an der Rolle des psychisch Kranken festzuhalten oder ob es zu einer Diskriminierung der betroffenen MitarbeiterInnen kommt, da sie fortwährend als psychisch Krank „gelabelt“ werden.

Carlson et al (2001) diskutieren Aspekte dieser Schwierigkeit unter dem Gesichtspunkt des Rollenkonflikts und der Rollenkonfusion. Sie schlagen bezüglich der Lösungen vor, dass unter anderem das Verhalten der Psychiatrieerfahrenen nicht pathologisiert oder symptomatisiert werden darf. Die Nicht-Psychiatrieerfahrenen müssen die Psychiatrieerfahrenen als KollegInnen akzeptieren und sich aus der HelferIn-NutzerIn-Konstellation lösen. In meinen Ergebnissen wird dies in der Ressource „Förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen“ deutlich.

Utschakowski (2008<sup>14</sup>) meint hierzu, dass *Experienced-Involvement* die Chance birgt, „reflektierte Erfahrung in die Psychiatrie einzubringen. Es ist auch die Chance für Menschen, die sich nicht in andere Ausbildungen begeben wollen, einen wertgeschätzten Beitrag zu leisten.“.

Aber steht es wirklich jedem frei, eine Ausbildung in z.B. Psychologie oder Sozialer Arbeit zu absolvieren? Mir scheint diese Annahme, besonders angesichts neuer Entwicklungen im bildungspolitischen Feld, etwas blauäugig zu sein. Die Veränderungen, welche die neuen Studienziele Bachelor und Master mit sich bringen, bedeuten z.B., dass das Studium in engen zeitlichen Grenzen fernab von freier Studiengestaltung absolviert werden muss und dass nur noch ein Bruchteil der Studierenden zum Master, der dem Diplom, bzw. Magister entspricht, zugelassen wird. Auch wurden in den letzten Jahren bereits in einigen Bundesländern Studiengebühren eingeführt, die einen ökonomischen Druck auf alle Studierenden ausüben. Es bleibt also abzuwarten, wie sich diese neue Bildungspolitik auf Studierende mit körperlichen oder psychischen Problemen auswirkt. Ich befürchte allerdings, dass dort wo nur Leistung und Elite zählen, kein Platz für „Probleme“ ist.

Jedoch stellen Ausbildungen wie *Experienced-Involvement* eine Möglichkeit dar, die Erfahrung von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung gezielt in eine berufliche Kompetenz zu integrieren. Dies findet Entsprechung in meinen Ergebnissen zur Betroffenenbeteiligung im Projekt *Krisenpension und Hometreatment*. Ich zeige z.B. dass

---

<sup>14</sup> Aus persönlicher Mitteilung vom 09.01.2008

eine Konsequenz der Arbeit ist, dass es zu den Veränderungen des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung gehört, dass sie in die Berufskompetenz integriert wird und sich so vom Manko zur Kompetenz wandelt.

Betrachtet man Ergebnisse zur Selbststigmatisierung, ist es interessant folgenden Gedankengang zu gehen: Die Tätigkeit in der Krisenpension findet in einem Kontext statt, in dem die Psychiatrieerfahrung nicht mit negativen Vorstellungen belegt ist. Die betroffenen Teammitglieder erfahren demnach auch keine negativen Reaktionen anderer, vielmehr erfahren sie die Wertschätzung von KollegInnen und NutzerInnen. So wird eine Identifikation mit der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen möglich, die positiv besetzt ist.

Zusammenfassend kann also meines Erachtens gesagt werden, dass die Beteiligung Psychiatrieerfahrener zum einen im Bezug auf die öffentliche Stigmatisierung, und zum anderen auf die Selbststigmatisierung einen positiven Antistigmaeffekt hat.

## 6. Ausblick

### 6.1 Umgang mit den Ergebnissen

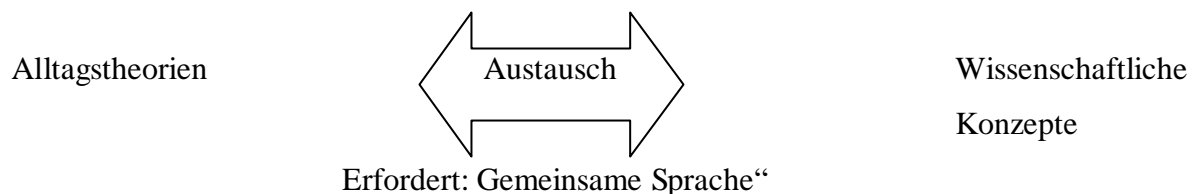
Nach Abgabe der Diplomarbeit werde ich meine Ergebnisse den MitarbeiterInnen und der Geschäftsführung der Einrichtung *Krisenpension und Hometreatment* vorstellen und die Arbeit in den Räumlichkeiten der Krisenpension auslegen. Dabei ist mir besonders wichtig, dass es zu einer Ergebnisdiskussion mit den psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen kommt. Gerne hätte ich die Ergebnisbesprechung vor Abgabe der Diplomarbeit durchgeführt, was eine partizipative Ergebnisevaluation oder Triangulation meiner Forschungsergebnisse ermöglicht hätte. Ich bedauere, dass dies aufgrund der zeitlichen Diplomarbeitsgrenzen nicht möglich ist. Denn meine Ergebnisse sind Produkt einer qualitativen Forschungsarbeit und stellen eine Außensicht auf die psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen der Krisenpension dar. Eine Diskussion vor Abgabe hätte die Außensicht mit der Innensicht verbinden können und diese gegebenenfalls verändert oder ergänzt.

Auch wenn dies nicht im Rahmen dieser Arbeit möglich ist, stellt erst dieser Umgang mit den Ergebnissen meinen persönlichen Abschluss der Forschungsarbeit dar.

Im Rahmen eines Trialogischen Forums wurde im Protokoll folgendes festgehalten:

Konzepte sind nie abgeschlossen, sie entwickeln sich weiter. Weiter verfügen auch Betroffene und Angehörige mit ihren Alltagstheorien über Konzepte.

Die Kommunikationsbasis kann damit der Austausch von wissenschaftlichen Konzepten und Alltagskonzepten sein, beide Ebenen stellen einen Zugang zur Realität dar. Damit der Austausch gelingt, ist es wichtig eine gemeinsame, alltägliche Sprache zu sprechen.



(Protokoll des Trialogischen Forums vom 21.08.2007)

Daher sehe ich in einer Diskussion die Möglichkeit, über die von mir entwickelten Konzepte in Austausch zu treten und die Erkenntnisse durch das Zusammenwirken von Innen- und Außensicht zu vervollständigen, bzw. zu verändern.

## 6.2 Weitere Fragestellungen

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird auf die betroffenenenspezifische Arbeitsweise der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen des Projekts *Krisenpension und Hometreatment* eingegangen.

Jedoch werden nur die Konsequenzen für das Team beleuchtet. Interessant wären weitere Forschungen zur Frage, wie sich die Begleitung durch Psychiatererfahrene auf die NutzerInnen der Einrichtung auswirkt.

Weiter habe ich im Rahmen von Fußnoten wiederholt darauf hingewiesen, dass die Arbeit der Angehörigen psychisch Kranker nicht im Rahmen dieser Diplomarbeit beforscht wurde, auch hier ergeben sich interessante Fragestellungen. Durch ihre Bearbeitung wäre ein umfassenderes Verständnis der dialogischen Arbeitsweise der Krisenpension möglich.



## 7. Literatur

AG Soteria, PSAG Schöneberg (2005) *Projektbeschreibung der Krisenpension*, Stand November 2005

Angermeyer, M.C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D., Matschinger H. (2005). Public attitudes toward psychiatric treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40, 855-864

American Psychological Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct 2002, <http://www.apa.org/ethics/code2002.html#3> [Zugriff am 12.12.2007]

Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Pschiatric-Verlag

Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38, 526-534

Appel, D. (2005). Ehrenamtliche Arbeit: Zu tun gibt es eigentlich genug. In Weber, P. (Hrsg.), *Tätig sein – Jenseits der Erwerbsarbeit* (S.103-122). Bonn: Psychiatric-Verlag

Bechner, A. (2003). *Professionelle Helfer im Psychose-Seminar*

Becher, Andreas : Professionelle Helfer im Psychose-Seminar : Wanderer zwischen den Welten ; eine qualitativ-empirische Untersuchung / vorgelegt von Andreas Becher. Berlin : dissertation.de, 2004. - IV, 402 S. . - 3-89825-835-1  
S.87-107

Bell, V., Blumenthal St., Neumann N.-U., Schüttler, R., Vogel R. (1990). Integration und Reintegration ersteinweisungener psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 17, 144-149

Besio, S. & Mahler, J. (1993). Benefits and Challenges of Using Consumer Staff in Supported Housing Service. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.44, 490-491

Bock, T & Priebe, S. (2005). Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. *Psychiatric Services*, Vol.56, 1441-1443

Bombosch J., Hansen H., Blume, J. (Hrsg.)(2004). *Dialog praktisch*. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH

Braye, S. (2000). Participation and Involvement in Social Care. In Kemshall, H. & Littlechild, R. (Hsg.), *User Involvement and Participation in Social Care, Research Informing Practice* (S. 9 – 28). London/ Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Broccard, M. (2001). Praxis der Milieutherapie und Psychosenbegleitung. In Ciompi, L., Hoffmann, H. & Broccard, M. (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet* ( S. 103 – 133). Bern: Verlag Hans Huber

Bundesministerium der Justiz, § 140a Integrierte Versorgung, [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_140a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140a.html) [Zugriff am 12.12.2007]

Carlson, L. S., Rapp, C. A., McDiarmind, D. (2001). Hiring Consumer-Providers: Barriers and Alternative Solutions. *Community Mental Health Journal*, Vol.37, 199-213

Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 35-53

Craig, T., Doherty, I., Jamieson-Craig, R., Boocock, A., Attafua, G. (2004). The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. I. Clinical and social outcomes. *Journal of Mental Health* 13, 59-69

Dixon, L., Krauss, N, Lehman, A. (1994). Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal* 30, 615-625

Dixon, L., Hackman A., Lehman (1997). Consumers as staff in assertive community treatment programs. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol.25, No.2, 199-208

Doherty, I., Craig, T., Attafua, G., Boocock, A., Jamieson-Craig, R. (2004). The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. II Impressions of consumer-employees and other team members. *Journal of Mental Health*, 13 (1), 71-81

Elbelt, U., Müller, P., Schaefer, E. (1998). Zur beruflichen Integration schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen. *Psychiatrische Praxis* 25, 33-37

Freidl, M., Lang, T., Scherer, M. (2003). How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38, 269-275

Finzen, A. (2001). *Psychose und Stigma*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Fisk, D., Rowe, M., Brooks, R. & Gildersleeve, D. (2000). Integration Consumer Staff Members Into a Homeless Outreach Project: Critical Issues and Strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.23, 244-253

Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbeck bei Hamburg

Francell, E.G. (1996). My role as a consumer-provider: Challenges and opportunities. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, Vol. 34, 29-31

Fox, L. & Hilton, D. (1994). Response to "Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal*, Vol 30, 627-629

Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M., Zaeske, H. (2002). Public attitudes toward people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252, 278-287

Hardiman, E. R., Theridot, M. T. & Hodges, J. Q. (2005). Evidence-Based Practice in Mental Health: Implications and Challenges for Consumer-Run Programs. *Best Practice in Mental Health*, Vol.1, 105-122

Havalsøe, B. & Josephsson, S. (2003). Characteristics of Meaningful Occupation from the Perspective of Mentally Ill People. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy* 10, 61-71

Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S, Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis* 30, 395-401

Johoda, M. (1985). Die sozialpsychologische Bedeutung von Arbeit und Arbeitslosigkeit. In Keupp, H., Kleiber, D. & Scholten, B- (Hrsg.), *Im Schatten der Wende, Forum für*

*Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd.8* (S.95-98). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Klemmert, O. (2001). „Experte aus Betroffenheit“ Wird im neuen Jahrhundert die Tür zu einer alternativen Professionalität aufgestoßen?. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 32, 83-104

Kronenberger, G. & Carstens, H.-P. (2002). Betreutes Wohnen in Hessen. *Psychosoziale Umschau* 1, 42-43

Kunz, S., Scheuermann, U., Schürmann, I. (2004). *Krisenintervention – Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (S.176-183). Juventa Verlag: Weinheim und München

Längel, G. (2002). Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. In Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, R. & Pörksen, N. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (S.88-98). Bonn: Psychiatrie-Verlag

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse* (S.164-165). Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main

Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., Rössler W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 113, 51-59

Legewie & Partzold-Teske (1996). *Transkriptionsempfehlungen und Formatierungsangaben*. TU Berlin, FB 07, Institut für Psychologie

Llyod, C. & King, R. (2003). Consumer and carer participation in mental health services. *Australasian Psychiatry*, Vol.11, 180-184

Lyons, J.S., Cook, J.A., Ruth A.R., Karver, M. and Slagg, N.B. (1996). Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm. *Community Mental Health Journal*, Vol 32, 33-40

Mayring (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (S.50-54). Psychologie Verlags Union: Weinheim

Mertens, W. (1998). *Psychoanalytische Grundbegriffe* (S.63-70). Psychologie Verlags Union: Weinheim

Mosher, L.R. & Burti, L. (1992). *Psychiatrie in der Gemeinde – Grundlagen und Praxis* (S.248-269). Psychiatrie Verlag: Bonn

Mowbray, C. T., Moxley, D. P, Trasher, S., Bybee, D., McCrohan, N. & Harris, S., Clover, G. (1996). Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation. *Community Mental Health Journal*, Vol. 32, 47-67

Mowbray, C. T., Rusilowski-Clover, G., Arnold, J., Allen, C., Harris, S., McCrohan, N., Greenfield, A. (1994). Project WINS: Integrating Vocational Services on Mental Health Case Management Teams. *Community Mental Health Journal*, Vol.30, 347-362

Mowbray, C. T. & Cheribeth, T. (1993). Consumer-Operated Drop-In Centers: Evaluation of Operations and Impact. *The Journal of Mental Health Administration*, Vol.20, 8-19

Müller, P. & Worm, M. (1984). Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 14, 18-21

Pörksen N. (2002). Anforderungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, R. & Pörksen, N. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (S.35-47). Bonn: Psychiatrie-Verlag

Prins, S. (2006). *Seitenwechsel – Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen*. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH

Phyllis, S. (1994). Response to “Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge“. *Community Mental Health Journal* 30, 631-634

Robert, G., Hardacre, J., Locock, L., Bate, P. & Glasby, J. (2003). Redesigning mental health services: lessons on user involvement from Mental Health Collaborative. *Health Expectations*, Vol.6, 60-70

Rüsch, N., Angermeyer, M.C., Corrigan, P.W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis* 32, 221-232

Rüsch, P., Meyer, P.C., Graf, J., Hell, D. (2002). Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatrische Praxis* 29, 68-75

Salzer, M. Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines, [www.bhrm.org/guidelines/mhguidelines.htm](http://www.bhrm.org/guidelines/mhguidelines.htm), [Zugriff: 12.12.2007]

Seibert, U. (2007). Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie. In Knuf, A., Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern, Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S.113-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag

Semmer, N. & Udris I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In Schuler H. (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S.133-165). Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Sherman, P.S. & Porter, R. (1991). Mental Health Consumers as case management aides. *Hospital and community psychiatry*, Vol.42, 494-498

Solomon, P. and Draine J. (1996). Perspectives Concerning Consumers as Case Managers. *Community Mental Health Journal*, Vol 32, No. 1, 41-46

Solomon, P. (1994). Response to “Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal*, Vol 30, 631-634

Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung* (S.205-254). Juventa Verlag: Weinheim und München

Stephens, C.L. & Belisl (1993). The ‘Consumer-as-Provider’ Initiative. *The Journal of Mental Health Administration* 20, 178-182

Tait, L. & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol.11, 168-175

Truman, C. & Raine, P. (2002). Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community*, Vol.10,, 136-143

Utschakowski, J. (2007). Experten durch Erfahrung. In Knuf, A., Osterfeld, M. & Seibert, U. (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern, Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S.277-297). Bonn: Psychiatrie-Verlag

Wahl, O.F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25(3), 467-478

Weber, P. (2005). Erwerbstätigkeit psychisch kranker Menschen auf einem schrumpfenden Arbeitsmarkt. In Weber, P. (Hrsg.), *Tätig sein – Jenseits der Erwerbsarbeit* (S.17-36). Bonn: Psychiatrie-Verlag

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [26Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line-Journal].1* (1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs> [Zugriff: 12.12.2007]

Vandergang, A. J. (1996). Consumer/Survivor Participation In The Operation Of Community Mental Health Agencies And Programs In Metro Toronto: Input or Impact?. *Canadian Journal Of Community Mental Health*, Vol.15, 153-165

Yuen, M. S. K. & Fossey, E. M. (2003). Working in a community recreation programm: A study of consumer-staff perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol.50, 54-63

Yanos, P. T., Primavera, L. H. & Knight, E.L. (2001). Consumer-Run Service Participation, Recovery of Social Functioning, and the Mediating Role of Psychological Factors. *Pschiatric Services*, Vol.52, 493-500

## **Datenschutzvertrag**

1. Die Teilnahme am Interview ist freiwillig.
  
2. Das Interview wird geführt im Rahmen einer Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin, Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie (WE 09), Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin.
  
3. Verantwortlich für die Durchführung und die wissenschaftliche Auswertung zeigt sich Kathrin Kempen, Bornstr.11, 12163 Berlin.
  
4. Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass sämtliche im Rahmen des Interviews erhobenen Daten (Interview und Fragebogen) streng vertraulich behandelt und anonymisiert werden.
  
5. Die Bandaufnahme wird nach erfolgter Transkription des Interviews gelöscht, sobald die Diplomarbeit abgeschlossen ist.
  
6. Ausschnitte aus dem Interview dürfen in anonymisierter Form in der Diplomarbeit und eventuell daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert werden.

.....  
Unterschrift Interviewpartner/in

.....  
Unterschrift Interviewerin